

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
- Abteilung Köln -
Fachbereich Gesundheitswesen

Bachelor-Thesis im Studiengang Pflege

**Bettruhe in der Schwangerschaft: eine Betrachtung der
Relevanz für die Pflege auf der Grundlage des Erlebens
von Betroffenen**

vorgelegt von

Karina Christina Görgen

Matr.-Nr.: 510335

am: 13.7.2016

Erstleserin: Prof. Dr. Anke Helmbold

Zweitleserin: Prof. Dr. Andrea Schiff

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung in die Thematik der Bettruhe in der Schwangerschaft	1
2	Theoretischer Bezugsrahmen	3
2.1	Grundlagen des Pflegemodelles der Adaption nach Callista Roy	3
2.1.1	Vier Modi der Adaption	4
2.1.2	Drei Arten der Stimuli	6
2.2	Anwendungsmöglichkeiten des Modelles im Kontext von Bettruhe in der Schwangerschaft	7
3	Methodisches Vorgehen	10
3.1	Literaturrecherche	10
3.2	Überblick über die Literaturlage	12
3.3	Bewertung der Qualität der ausgewählten Literatur	15
4	Bettruhe in der Schwangerschaft	23
4.1	Erleben der Betroffenen	23
4.1.1	Erleben der Schwangeren	23
4.1.1.1	Depressive Symptomatik	23
4.1.1.2	Erschöpfung und Schlafstörung	26
4.1.1.3	Der Verlust der Kontrolle und des bisherigen Lebensstiles	28
4.1.1.4	Angst und Besorgnis	29
4.1.1.5	Umgebungs- und situationsabhängiges Erleben	30
4.1.1.6	Schuldgefühle	32
4.1.2	Erleben des Partners	34
4.1.2.1	Besorgnis	35
4.1.2.2	Stress durch Verantwortung	35
4.1.2.3	Isolation	36
4.1.3	Erleben des sozialen Umfeldes der Schwangeren unter der Betrachtung von Konsequenzen	37
4.1.3.1	Auswirkungen auf die Paarbeziehung	37

4.1.3.2	Weitere Familienmitglieder	38
4.2	Die Relevanz für die Pflege auf der Grundlage des Erlebens der Betroffenen.....	39
4.2.1	Die als unzureichend wahrgenommene Unterstützung.....	40
4.2.2	Die als hilfreich wahrgenommene Unterstützung.....	41
4.2.3	Vorschläge für eine hilfreiche Unterstützung	42
4.2.3.1	Beratung, Informationsweitergabe und Edukation	43
4.2.3.2	Subjekt- und familienorientierte Einschätzungen.....	44
4.2.3.3	Interventionen	45
5	Diskussion	48
5.1	Betrachtung der Ergebnisse in Bezug auf das Pflegemodell der Adaption nach Callista Roy	50
5.2	Kritische Erörterung der Unterstützungsmöglichkeiten.....	54
5.3	Grenzen der vorliegenden Arbeit	56
6	Abschließendes Fazit	58
	Abbildungsverzeichnis.....	60
	Tabellenverzeichnis.....	61
	Abkürzungsverzeichnis	62
	Literaturverzeichnis.....	63
	Anhang	70

1 Einleitung in die Thematik der Bettruhe in der Schwangerschaft

Trotz fehlender Evidenz hinsichtlich des Nutzens von Aktivitätsbeschränkung bei Risikoschwangeren¹ zur Prävention von Frühgeburten² und nachgewiesenen negativen Auswirkungen wird diese – als häufigste Therapiemaßnahme – weiterhin von Ärzten³ verordnet. (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014)

Bei der Betrachtung von Statistiken wird deutlich, dass die Häufigkeit von Frühgeburten in der Geburtshilfe einen hohen Stellenwert einnimmt. Da das Heranziehen aktueller Statistiken im deutschsprachigen Raum nicht möglich ist, werden exemplarisch die detailliert erfassten Geburtszahlen der Vereinigten Staaten von Amerika erläutert: im Jahr 2014 waren 9,57% der 3,99 Millionen Lebendgeburten Frühgeburten. Unter Hinzuziehung der vorausgehenden sieben Jahre ist nur ein leichter Rückgang der Frühgeburten zu verzeichnen. So nahmen die Frühgeburten mit den Jahren von 10,44% (2007), über 9,98% (2010) und 9,62% (2013), bei Betrachtung der gesamten Lebendgeburten, kontinuierlich ab. (Hamilton, Martin, Osterman, Curtin, Mathews, 2015) Schätzungen zufolge betrugen die Kosten für die mit Frühgeburten in Verbindung stehenden Faktoren (z.B. die medizinische Behandlung) im Jahr 2005 über 26,2 Billionen US-Dollar. (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014)

Um Frühgeburten entgegen zu wirken, wurden in den letzten 30 Jahren in den Vereinigten Staaten von Amerika jährlich ca. 700.000 bis einer Million Schwangeren eine Aktivitätsbeschränkung verordnet. (Maloni, 2010) Es werden verschiedene Formen der Beschränkung unterschieden, so bspw. das Einstellen von Sport, der beruflichen Tätigkeit oder der Haushaltsführung, bis hin zur Bettruhe mit oder ohne Privilegien wie einer Badnutzung.⁴ (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014) In der hier vorliegenden Arbeit steht die zuletzt genannte Form der Aktivitätsbeschränkung, die Bettruhe in allen Abstufungen, im Fokus.

¹ Hierbei ist angesichts „der Vorgeschichte oder erhobener Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016, S. 9). Dazu zählen bspw. eine drohende Frühgeburt aufgrund verschiedener Komplikationen (z.B. vorzeitige Wehen, Zervixinsuffizienz, etc.). (ebd.)

² Als Frühgeburten gelten Kinder, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014)

³ Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet; das weibliche Geschlecht ist dabei miteinbezogen. Dies gilt auch für die Begriffe „Teilnehmer“ (in Kapitel 3) und „Pfleger“.

⁴ Da sich in der Fachliteratur zahlreiche unterschiedliche Definitionen finden, ist ein exemplarisches Stufenmodell der Aktivitätsbeschränkung bei Risikoschwangeren in Anhang A aufgeführt.

Aufgrund der genannten Problemstellung und Relevanz der Thematik ergibt sich die Fragestellung, wie von Bettruhe Betroffene diese stark in das bisherige Leben eingreifende Therapieverordnung erleben. Ferner ist das Ziel der vorliegenden Arbeit, zu erörtern, welche Bedeutung der Pflege hierbei zukommt.

Zu Gunsten einer Einordnung des Erlebens und der pflegerischen Komponenten wird zunächst das Pflegemodell der Adaption nach Callista Roy als theoretischer Bezugsrahmen vorgestellt. Daraufhin wird das methodische Vorgehen erläutert. Zwecks Beantwortung der genannten Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken und Suchportalen durchgeführt. Die hierdurch erzielten, relevanten Treffer wurden mit Hilfe designspezifischer, kriteriengeleiteter Beurteilungshilfen bewertet. Diese Bewertungen werden zusammengefasst aufgeführt. Da das Ziel ist, eine umfangreiche Beschreibung aller von Bettruhe Betroffenen vorzunehmen, wird das Erleben der Risikoschwangeren, des Partners und weiterer Familienmitglieder, darunter Kinder, betrachtet. Der Begriff „Erleben“ umfasst in dieser Arbeit die allgemein erfahrenen Emotionen und Reaktionen, die – in Bezug auf die Thematik – durch die Verordnung von Bettruhe bei Betroffenen hervorgerufen werden. Dieses individuelle Empfinden wird übergeordneten, zusammenfassenden Kategorien zugewiesen. Dabei werden auch die Konsequenzen für bestehende Beziehungen (zwischen Schwangeren und Partnern, Kindern sowie weiteren Familienmitgliedern) beleuchtet. Die Darlegung der pflegerischen Relevanz (bspw. die Funktionen und Rollen Pflegender) erfolgt auf Basis der positiven und negativen Erfahrungen der Betroffenen in Ergänzung durch weitere Vorschläge der Unterstützung, die aus den einzelnen Forschungsarbeiten extrahiert werden. Abschließend erfolgt eine Diskussion der bedeutsamsten Ergebnisse der Studien unter Anwendung des theoretischen Bezugsrahmens und unter Hinzuziehung weiterführender Aspekte.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

Als theoretischen Bezugsrahmen dieser Arbeit wurde das Pflegemodell der Adaption nach Roy ausgewählt, welches im Folgenden in seinen Grundzügen erläutert wird.⁵ Diese Wahl lässt sich damit begründen, dass im Zusammenhang mit dem Aufrechterhalten einer Risikoschwangerschaft davon ausgegangen werden kann, dass einer verordneten Bettruhe – und somit sich verändernden Umweltbedingungen – fast ausschließlich nur mit Anpassung begegnet werden kann. Aufgrund der Lebensveränderung sind vielseitige Reaktionen der Betroffenen möglich. In Kapitel 5.1 wird abschließend erörtert, inwiefern das Modell der Adaption in diesem Zusammenhang angewandt werden kann und eine Bedeutung für die Pflege darstellt.

2.1 Grundlagen des Pflegemodelles der Adaption nach Callista Roy

Für die folgenden Ausführungen wurden neben Primärliteratur von Roy (2008) auch deutsche Übersetzungen genutzt, wie z.B. die Übersetzung des Originalwerkes „The Roy Adaption – Model in Action“ aus dem Jahr 1994 von Akinsanya & Schmid (1997). Dieses beschreibt insb. die Praxisanwendung des Modelles und ist Teil einer Bücherreihe, die verschiedene Pflegemodelle hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit in der Pflegepraxis darstellt.

Roy hat im Jahr 1963 den Bachelor of Arts in Nursing und im Jahr 1966 den Master of Science in Nursing in den Vereinigten Staaten von Amerika erworben. Anschließend hat sie im Jahr 1977 ihr Promotionsstudium mit dem Doktorgrad in Soziologie abgeschlossen. Roys grundlegende Ideen für ihr Modell der Adaption entstanden bereits in den 1970er Jahren und werden ständig reflektiert, überprüft und in der Praxis angewandt. (ebd.)

In dem Modell lassen sich verschiedene bestehende Theorien finden, wie die Systemtheorie nach Ludwig von Bertalanffy (1998) und Bestandteile der Theorien von Harry Helson (1964). (ebd.) Roys Menschenbild ist durch die Annahme geprägt, dass der Mensch als „bio-psycho-soziales Wesen“ (ebd., S. 23) zu

⁵ Einige Elemente des Modelles, wie z.B. das „Cognater subsystem“ (Roy, 2008, S. 26), das „Regulator subsystem“ (ebd., S. 27) oder die „zwei Ebenen des Assessments“ (Akinsanya & Schmid, 1997, S. 21) werden nicht weiter ausgeführt, da sie für die hier vorliegende Arbeit weniger relevant sind.

Veränderungen fähig und willens ist. Das Modell ist als Pflegeergebnismodell zu betrachten, da mit seiner Hilfe eine optimale Anpassung an verschiedene Reize, sog. Stimuli, die aufgrund gesundheitlicher Störungen eintreten, erreicht werden soll. Es ermöglicht als problemlösende Orientierungshilfe u.a. die Analyse von Stimuli, die für eine Bewältigung einer Situation erforderlich sind. Letztlich ist die Pflege auf die Modifikation der Stimuli oder auf die Erweiterung der Bewältigungsmöglichkeiten – oder auf beides zusammen – sowie auf die Festigung der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten ausgerichtet. (Akinsanya & Schmid, 1997) Die Förderung der Gesundheit und der Sicherheit des Individuums und der Gesellschaft (einschließlich der Familie) ist das primäre Ziel der Pflege. (Roy, 2008)

2.1.1 Vier Modi der Adaption

Roy betrachtet das Verhalten eines Menschen als Adaption an die Umwelt. (ebd.) Dieses Verhalten ist durch das sog. individuelle „Adaptionsniveau“ (Akinsanya & Schmid, 1997, S. 21) gekennzeichnet, welches sich durch von Geburt an vorhandene und mit der Zeit erworbene Qualifikationen auszeichnet. Der Begriff „Adaptionsniveau“ umschreibt im Allgemeinen die wandelbare Fähigkeit, erfolgreich auf eine Situation zu reagieren. (Schaeffer, 2008) Dieses Niveau bestimmt die Möglichkeiten des Handelns eines Individuums, die Roy als die vier „Modi der Adaption“ (Akinsanya & Schmid, 1997, S. 10) bezeichnet. Die Modi der Adaption lassen sich sowohl auf Individuen, als auch auf Gruppensysteme beziehen. (Roy, 2008)

Der „physiologische Modus“ (Akinsanya & Schmid, 1997, S. 22) umfasst allein die physische Konstitution des Menschen in Form der Funktionen und Strukturen des Körpers. Diese Eigenschaften können das Anpassungshandeln beeinflussen. Bei exemplarischer Betrachtung des Faktors „Gleichgewicht zwischen Ruhe und Aktivität“ (ebd.) sind im physiologischen Modus Reaktionen wie „Hyperaktivität [oder] Müdigkeit“ (ebd., S. 23) und weitere möglich. In Anlehnung an die zwölf „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ebd., S. 25) nach Nancy Roper werden im physiologischen Modus einzelne Lebensaktivitäten des Menschen eingeschätzt, um letztlich die Frage zu beantworten, welche körperlichen Bedürfnisse der Mensch aufgrund physischer Veränderungen aufweist. Dabei werden die allumfassenden

„fünf Bedürfnisse . . . Atmung, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Bewegung und Ruhe sowie Schutz“ (Schaeffer, 2008, S. 240) unterschieden.

Der „Selbstkonzeptmodus“ (Akinsanya & Schmid, 1997, S. 25) beinhaltet die eigene Beurteilung eines Menschen, wie er sich selbst als Bestandteil der Gemeinschaft wahrnimmt. Hierunter fällt auch das Auffassen der eigenen Person. Diese Selbstwahrnehmung wird vorwiegend auf der Basis von Verhaltensweisen und Entgegnungen anderer konzipiert. (Akinsanya & Schmid, 1997) Im Selbstkonzeptmodus inbegriffen ist „das Bedürfnis nach psychischer Integrität“ (Schaeffer, 2008, S. 241), also das Streben des Individuums danach, zu wissen, wer jemand ist. Nach Roy (2008) ist diese Integrität eine Grundlage für Gesundheit. Dabei impliziert das Selbstkonzept zwei Bestandteile: das „körperliche[] Selbst mit Körpergefühl und Körperbild [sowie das] persönliche[] Selbst . . . [als] Selbstkonsistenz“ (Schaeffer, 2008, S. 241).

Der „Rollenverhaltensmodus“ (Akinsanya & Schmid, 1997, S. 25) benennt die sozialen Rollen, die in der Gesellschaft von einem Individuum ausgefüllt werden. Dabei wird das zu erwartende Verhalten der Person (in der jeweiligen sozialen Rolle) zu Gunsten der Aufrechterhaltung des sozialen Status festgelegt. (Akinsanya & Schmid, 1997) In diesem Modus besteht das Bedürfnis darin, Klarheit über die eigene Rolle zu schaffen, diese zu verstehen und in einer Gruppe ausfüllen zu können. (Schaeffer, 2008)

Im vierten und letzten Modus, dem „Interpendenzmodus“ (Akinsanya & Schmid, 1997, S. 26), werden die eigenen Beziehungen zu Mitmenschen hinsichtlich eventueller Abhängigkeiten untereinander betrachtet. Ziel ist das Herstellen einer Balance bzgl. der Abhängigkeit und Unabhängigkeit von anderen. (Akinsanya & Schmid, 1997) Das Grundbedürfnis umfasst also das Empfinden von Sicherheit in sozialen Beziehungen. Hierbei kann zwischen Beziehungen von „wichtigen Bezugspersonen . . . und . . . Unterstützungspersonen“ (Schaeffer, 2008, S. 242) differenziert werden.

Es wird deutlich, dass der zweite, dritte und vierte Modus, anders als der erste, psychosoziale Aspekte (bspw. Interaktion mit Mitmenschen) aufgreift. Roy betont, dass alle vier Modi für eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen heranzuziehen sind. (Akinsanya & Schmid, 1997)

Ob eine Handlung für ein Individuum möglich oder gar notwendig ist, ergibt sich aufgrund des Umfanges bzw. Maßes seines Adaptionsebene. So kann ein und derselbe Stimulus von dem einen Menschen bewältigt werden, während er jedoch nicht in der Reichweite des Adaptionsebene eines anderen Menschen liegt und folglich nicht überwindbar ist. Aufgrund von im Laufe des Lebens erfolgter passiver und aktiver Anpassung wird das Niveau erhöht. (ebd.)

2.1.2 Drei Arten der Stimuli

Wie zuvor bereits beschrieben, wirken unterschiedliche Stimuli auf den Menschen ein. Die vier Modi der Adaption beeinflussen wiederum auch die Reaktion auf verschiedene Stimuli. (ebd.) In welcher Weise sich eine solche Beeinflussung äußern kann, wird bei Betrachtung der Differenzierungen der Stimuli deutlich:

„Fokale Stimuli“ (ebd., S. 21) (intern oder extern) umfassen eine direkte Konfrontation, auf die sogleich reagiert werden muss, sodass eine Adaption an die veränderte Umgebung erreichbar ist. Als Beispiel für den physiologischen Modus ist eine akute Infektion zu nennen, die umgehend zur Hyperthermie führt, um Erregern zu begegnen. (Akinsanya & Schmid, 1997) Es gibt aber auch fokale Stimuli, die der Mensch kaum wahrnimmt (bspw. das Wetter), da die Umgebung in einem ständigen Wandel ist. (Schaeffer, 2008)

„Kontextuelle Stimuli“ (Akinsanya & Schmid, 1997, S. 21) erscheinen gleichzeitig mit den fokalen Stimuli und wirken an der gesamten Reaktion des Menschen mit. Sie können folglich Einfluss auf das Adaptionsebene aufgrund von Umweltveränderungen ausüben. (Akinsanya & Schmid, 1997) Anders ausgedrückt verstärken sie fokale Stimuli also. Beispielhaft aufgeführt sei langandauernder Lärm als Stimulus: Er fordert eine Reaktion des Menschen auf die veränderte Umwelt. (Schaeffer, 2008) Gleichzeitig wird aber auch die „Art und Weise dieser Reaktion“ (Akinsanya & Schmid, 1997, S. 26) beeinflusst. Kontextuelle Stimuli umfassen also weniger solche Umweltfaktoren, die zentral die Aufmerksamkeit eines Menschen beanspruchen. Die Aufmerksamkeit bleibt hauptsächlich auf den fokalen Stimulus gerichtet, der durch kontextuellen Stimuli – als negative oder positive Faktoren – beeinflusst wird. (Schaeffer, 2008)

„Residuale Stimuli“ (Akinsanya & Schmid, 1997, S. 21) werden auf der Grundlage von bereits erlebten Erfahrungen und individuellen Werten und Weltanschauungen hervorgerufen. Da diese Stimuli also nicht durch aktuelle Situationen entstehen, lassen sich ihre Auswirkungen nicht belegen und ihre Wirkung wird nicht offensichtlich. Dennoch ist eine Beeinflussung des gegenwärtigen Verhaltens, bezogen auf die Adaption, möglich. (Akinsanya & Schmid, 1997) Der Einfluss von residualen Stimuli ist dem einzelnen Menschen dabei zumeist nicht bewusst, da es sich hier bspw. um früheste Kindheitserfahrungen handeln kann. (Schaeffer, 2008)

Abschließend gilt es festzuhalten, dass einzelne Stimuli schnellen Veränderungen bzgl. ihrer Differenzierungen unterliegen. Stimuli, die aktuell als fokal erlebt werden, können sich rasch zu kontextuellen Stimuli abwandeln. Letztere können wiederum allmählich zu residualen Stimuli werden, indem sie an Bedeutung verlieren und lediglich noch zum möglichen Einfluss werden. (ebd.)

2.2 Anwendungsmöglichkeiten des Modelles im Kontext von Bettruhe in der Schwangerschaft

Sobald Veränderungen im aktuellen Lebensumfeld auftreten, muss der Mensch sich an diese anpassen. Im Kontext der Thematik der vorliegenden Arbeit sind die Umweltveränderungen durch die Risikoschwangerschaft, aus der die ärztlich verordnete Bettruhe resultiert, gekennzeichnet. Darüber hinaus bezeichnet Roy (2008) Aktivität und Ruhe als ein Grundbedürfnis im physiologischen Modus, da der Mensch durch Aktivität sein tägliches Leben ausführt und sich so mit der Umwelt zu anderen selbst präsentieren kann. Sie benennt Mobilität und Schlaf als zwei Grundprozesse des Lebens, um ein angemessenes Gleichgewicht in Aktivität, wie auch in Ruhe, aufrecht zu erhalten. (ebd.)

Doch welche Relevanz ist der Pflege im Kontext dessen zuzuschreiben? Die nachfolgenden Aspekte basieren auf Ausführungen der Primärliteratur. Roy (2008) identifiziert sechs Schritte des Pflegeprozesses, die Pflegende im Sinne des Modelles der Adaption vollziehen sollen:

- 1) Assessment des Verhaltens/der Reaktionen der Schwangeren und ihrer Familie,

- 2) Assessment der Stimuli⁶, die auf die von Bettruhe Betroffenen einwirken,
- 3) Pflegediagnosen⁷,
- 4) Zielsetzung,
- 5) Interventionen,
- 6) Evaluation.

Da in dieser Arbeit das Erleben der von Bettruhe Betroffenen fokussiert werden soll, werden die Schritte eins und zwei näher ausgeführt. Der weitere Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit, die Relevanz für die Pflege, wird zusätzlich anhand des sechsten Punktes erläutert.

Roy bezeichnet das Verhalten als die Aktionen und Reaktionen, die aufgrund bestimmter Umstände auftreten. Von Bedeutung hierbei ist, dass diese nicht immer beobachtbar sind. Stattdessen gilt es, verborgene Reaktionen, bspw. mittels Kommunikation oder Intuition, auszumachen. Offensichtlich erkennbar sind Reaktionen, die Pflegende hören, sehen und messen können. Im Sinne des ersten Schrittes sollten Pflegende daher den aktuellen Status der Adaption sowie das individuelle, menschliche Adaptionssystem (siehe hierzu Abbildung 1 auf der folgenden Seite) der Schwangeren erfassen. Das Sammeln der Daten hinsichtlich der Reaktionen sollten Pflegende mit Hilfe der vier Modi der Adaption systematisch durchführen. Hierbei ist auf eine Einschätzung der Reaktionen der Schwangeren (Individuum) sowie der Familie (Gruppensystem) Wert zu legen. Die Bewertung kann bspw. durch gezielte Fragen ergänzt werden. Roy fordert eine einfühlsame Beurteilung dessen, ob das Verhalten adaptiv oder ineffektiv ist. (ebd.)

Es ist Aufgabe der Pflegenden, fokale, kontextuelle und residuale Stimuli zu identifizieren. Dazu bedarf es, ähnlich wie bei Schritt eins, einer präzisen Beobachtung, sensibler Intuition, genauer Messung und einfühlsamer Befragung. Durch die Bestimmung der Stimuli können die integrierten und kompensatorischen Prozesse ausgemacht werden, die zu adaptiven/ineffektiven Verhalten der von Bettruhe Betroffenen führen. (ebd.)

Interventionen werden als pflegerische Ansätze betrachtet, die die Adaption der Schwangeren und ihrer Bezugspersonen fördern. Damit dies gelingen kann, müssen

⁶ Siehe hierzu Kapitel 5.1.

⁷ Exemplarisch ist in Anhang B die pflegerische Diagnostik der beiden Kategorien Aktivität und Ruhe aufgeführt.

Maßnahmen Stimuli verändern oder den Adaptionprozess stärken. Das Managen von Stimuli inkludiert die Veränderung, Steigerung, Verminderung, Entfernung oder Aufrechterhaltung dieser. Das Resultat der von Pflegenden veränderten Stimuli ist adaptives Verhalten der Zielpersonen. (ebd.)

Die nachfolgende Abbildung 1 stellt zusammenfassend dar, dass das menschliche Adaptionssystem durch verschiedene Stimuli beeinflusst wird, die im individuellen Bewältigungsprozess in Wechselwirkung zu vier differierenden Adaptionsmodi zu betrachten sind. Dieser Prozess führt zuletzt zu unterschiedlichen Verhaltensweisen, welche von Pflegenden bedingt dirigiert werden können. (ebd.)

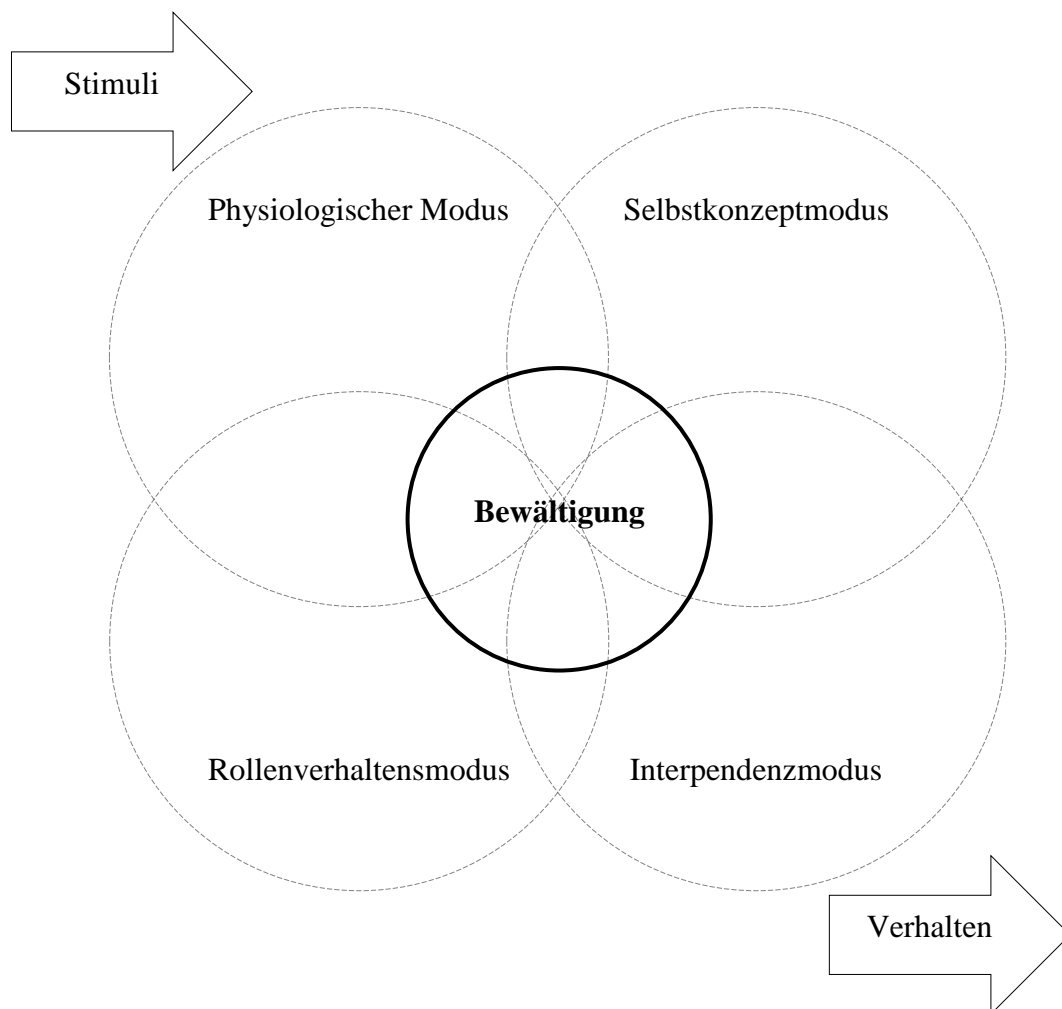


Abbildung 1: Schematische Darstellung des menschlichen Adaptionssystems. Aus *The Roy Adaptation Model* (S. 45) von Roy, 2008, Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall. Modifiziert inkl. Kürzung.

3 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen erläutert. Zunächst werden die orientierende sowie die systematische Literaturrecherche beschrieben. Diese zielten insgesamt darauf ab, sich dem Erleben der von Bettruhe Betroffenen zu nähern und die Relevanz der Thematik für die Pflege zu identifizieren. Bei der Darstellung der systematischen Literaturrecherche werden einzelne Datenbanken und Suchportale vorgestellt sowie Suchbegriffe und die Verwendung entsprechender Boolescher Operatoren unter der Beachtung von Ein- und Ausschlusskriterien genannt. Anschließend erfolgt die Darlegung eines Überblickes über die aktuelle Literaturlage, gefolgt von der Nennung, welche inhaltlichen Kriterien letztlich zum Ein- oder Ausschluss der erzielten Treffer führten. Abschließend wird konkretisiert, inwieweit diese Auswahl, auf der Grundlage studiendesignspezifischer Bewertungen der einzelnen Treffer, letztlich für das Kapitel 4 dieser Arbeit, die Ergebnisauswertung, genutzt wurden.

3.1 Literaturrecherche

Es wurde sich bewusst dazu entschieden, keine Begrenzung bezüglich des Zeitraumes der Veröffentlichung der Literatur vorzunehmen, da die Intervention der Bettruhe in der Schwangerschaft zur heutigen Zeit keine Neuerungen im Vergleich zur Vergangenheit aufweist. Ebenso wurden keine Eingrenzungen hinsichtlich des Settings (stationär/Krankenhaus und ambulant/zuhause) vorgenommen, um ein möglichst breites Spektrum des Erlebens zu betrachten. Des Weiteren wurden bei der Literaturrecherche keine bestimmten gynäkologischen Krankheitsbilder/Befunde ausgeschlossen, da der Fokus der Betrachtung auf der verordneten Bettruhe liegt. Es fanden keine Ausgrenzungen bzgl. der Publikationsländer oder der Länder, in denen die einzelnen Studien durchgeführt wurden, statt, damit eine globale Betrachtung der Thematik erfolgen kann. Eingeschlossen wurden nur englischsprachige Treffer; die Literaturrecherche ergab keine relevanten, deutschsprachigen Treffer.

Für eine erste Orientierung wurde mit Hilfe deutsch- und englischsprachiger Suchbegriffe eine freie Suche in der Suchmaschine Google Scholar und im Online Public Access Catalogue der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen

absolviert, wobei zwei Treffer für die Bearbeitung des Ergebnisteiles dieser Arbeit ausgewählt wurden.

Die systematische Literaturrecherche fand im Zeitraum vom 21.2.2016 bis zum 7.4.2016 statt.⁸ Beginnend wurde eine Literaturrecherche in der online frei verfügbaren Datenbank PubMed⁹, die mehr als 26 Millionen Datensätze (US National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2016) in Themengebieten wie Biomedizin und Gesundheit umfasst, durchgeführt. Hierbei wurden Medical Subject Headings (MeSH-Terms) genutzt. Der Vorteil bei der Nutzung von MeSH-Terms liegt darin, dass einzelne Suchbegriffe hierarchisch nach Themenkategorien mit weiteren Suchbegriffen angeordnet werden können, sodass eine Kombination vereinfacht ist. So wurden bei der Literaturrecherche die MeSH-Terms *pregnancy*, *bed rest* und *psychology* mit dem Booleschen Operator *AND* verknüpft. Um weitere Treffer zu erzielen, in denen das Erleben von Bettruhe in der Schwangerschaft thematisiert wird, wurden weitere freie Suchbegriffe unter Verwendung des Booleschen Operators *OR* ergänzt. Zu diesen freien Suchbegriffen zählten *emotion** und *feel** – bei denen für eine Erweiterung der Trefferanzahl Trunkierungen genutzt wurden – sowie *experience*, *sense*, *sentiment* und *sentience*. Mit dieser Literaturrecherche wurden 45 Treffer erzielt. Um dem zweiten Schwerpunkt dieser Arbeit, der Relevanz der Thematik für die Pflege, gerecht zu werden, wurde die Suche mit dem Booleschen Operator *AND* und dem freien Suchbegriff *nurs** nochmals eingegrenzt, sodass letztlich 21 Treffer erreicht wurden. Zu Gunsten einer Erhöhung der Trefferzahl wurde die Literaturrecherche in dem online frei verfügbaren Suchportal LIVIVO fortgesetzt. Die Literaturrecherche innerhalb dieses Suchportales ist für die Erstellung dieser Arbeit von besonderer Bedeutung, da es auch die Datenbank MEDPILOT beinhaltet, welche die psychologischen Datenbanken PsycINFO und PSYINDEX inkludiert. Innerhalb der Suche im Suchportal LIVIVO konnten die MeSH-Terms *pregnancy*, *bed rest* und *psychology* bzw. *bed rest/psychology* Anwendung finden. Ebenso wie in PubMed wurde diese Suche mit den MeSH-Terms *pregnancy*, *bed rest* und *psychology* durch die oben genannten freien Suchbegriffe erweitert, sodass 94 Treffer erzielt wurden. Ergänzend wurde auch hier der Suchbegriff *nurs**

⁸ Der Weg der systematischen Literaturrecherche ist in Anhang C dargestellt.

⁹ Es gilt anzumerken, dass mit der Literaturrecherche in PubMed eine Suche in der Datenbank MEDLINE impliziert ist, die z.B. Literaturnachweise der Medizin und Psychologie enthält.

hinzugefügt, wodurch die Trefferanzahl auf 33 reduziert wurde. Eine weitere Literaturrecherche wurde in dem online frei verfügbaren Suchportal PubPsych durchgeführt. Dieses enthält ca. eine Million Datensätze (PubPsych, 2016), die insb. psychosoziale Aspekte umfassen. Auffallend war, dass die Suche mit dem Suchbegriff *pregnancy* 8.811 Treffer erzeugte und die Eingrenzung durch den Booleschen Operator *AND* und den Suchbegriff *bed rest* die Trefferanzahl umgehend auf 14 reduzierte. Durch die weitere Eingrenzung mit Hilfe des Suchbegriffes *nurs** wurde diese nochmals auf zehn Treffer verringert. Abschließend wurde eine Literaturrecherche in der Datenbank CINAHL durchgeführt, die Datensätze aus dem Bereich der Pflege und den angrenzenden Gesundheitssektoren beinhaltet. Die Suche *pregnancy AND bed rest AND (emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience) AND nurs** ergab 15 Treffer. Unter Nichtbeachtung des Aspektes des Erlebens (Suche: *pregnancy AND bed rest AND nurs**) betrug die Trefferanzahl 51.

Da sich keine neuen, relevanten Treffer ergaben, wurde die systematische Literaturrecherche nach der Suche in der Datenbank CINAHL beendet. Weil diese eine Vielzahl von Treffern hervorbrachte, wurde auf eine ergänzende Schneeball- oder Handsuche verzichtet.

3.2 Überblick über die Literaturlage

Durch eine Prüfung der vorausgewählten Titel und Abstracts wurde bestimmt, welche Treffer als Volltexte beschafft wurden. Letztlich wurden 64 Volltexte gesichtet. Hierbei ergaben sich weitere Ausschlusskriterien aufgrund des Inhaltes: Es wurden keine Studien in den Ergebnisteil dieser Arbeit inkludiert, in denen nicht eindeutig genannt wurde, ob Schwangere Bettruhe verordnet bekommen hatten. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien, in denen das Thema Bettruhe nur am Rande Beachtung fand und nicht den eigentlichen Forschungsschwerpunkt darstellte. Unter den ausgewählten Volltexten befanden sich einige Expertenkommentare oder Artikel mit allgemeinen Aussagen, welche ausgeschlossen wurden, da Ziel der Arbeit ist, evidenzbasierte Ergebnisse zu betrachten. Zusammenfassend beleuchten zwei Treffer der orientierenden Recherche und 20 Treffer der systematischen Literaturrecherche die Thematik dieser Arbeit (siehe Tabelle 1 auf der folgenden Seite).

Studiendesign	Weitere Angaben	Literaturangabe
Qualitativ	—	<ul style="list-style-type: none"> - Adler & Zarchin (2002) - Lederman, Boyd, Pitts, Roberts-Gray, Hutchinson & Blackwell (2013) - Maloni, Brezinski-Tomasi & Johnson (2001) - Maloni & Kutil (2000) - Maloni & Ponder (1997) - May (1994) - Schroeder (1996)
	Grounded Theory	<ul style="list-style-type: none"> - Durham (1999) - May (2001)
	Ethnographie	<ul style="list-style-type: none"> - Gupton, Heaman & Ashcroft (1997) - Heaman & Gupton (1998)
	Phänomenologie	<ul style="list-style-type: none"> - Rubarth, Schoening, Cosimano & Sandhurst (2012)
Quantitativ	—	<ul style="list-style-type: none"> - Maloni, Chance, Zhang, Cohen, Betts & Gange (1993)
	Randomisierte kontrollierte Studien	<ul style="list-style-type: none"> - Bauer, Victorson, Rosenbloom, Barocas & Silver (2010) - Yang et al. (2009)
	Längsschnittstudie	<ul style="list-style-type: none"> - Maloni, Kane, Suen & Wang (2002) - Maloni & Park (2005) - Maloni, Park, Anthony & Musil (2005)
	Korrelationsstudie	<ul style="list-style-type: none"> - Dunn, Handley & Shelton (2007)
Qualitative und quantitative Merkmale	—	<ul style="list-style-type: none"> - Arslan & Nilüfer (2005) - Gallo & Lee (2008)
Review	—	<ul style="list-style-type: none"> - Maloni (2010)

Tabelle 1: Studiendesigns und weitere Angaben zu den 22 ausgewählten Forschungsarbeiten. Eigene Darstellung.

Eine zusammenfassende Gesamtübersicht der einzelnen Forschungsarbeiten hinsichtlich der Fragestellung, der Stichprobe, des Settings, des Designs, der Datenerhebung und der Ergebnisse findet sich in Anhang D. Von den ausgewählten Forschungsarbeiten wurden 20 in den Vereinigten Staaten von Amerika, eine in China und eine in der Türkei durchgeführt bzw. veröffentlicht. Nachfolgend werden ihre inhaltlichen Schwerpunkte skizziert.

Gupton et al. (1997), Rubarth et al. (2012) und Schroeder (1996) beforschten konkret die erlebte Erfahrung von hospitalisierten Schwangeren mit Bettruhe. Zusätzlich betrachteten Lederman et al. (2013) die damit verbundene mütterliche Entwicklung bzw. Veränderung. Gallo & Lee (2008) erfassten die Eigenschaften von Schlaf bei hospitalisierten Schwangeren mit Bettruhe. In der Korrelationsstudie von Dunn et al. (2007) wurde der Zusammenhang von spirituellem Wohlbefinden, Depression und Angst bei hospitalisierten Schwangeren mit Bettruhe analysiert. In der Forschungsarbeit von May (2001) wurde neben dem Erleben von Schwangeren mit Bettruhe auch das Erleben der Familie thematisiert, während Maloni et al. (2001) alleinig die Effekte von Bettruhe auf die Familie betrachteten. Die Studien von Maloni & Ponder (1997) und May (1994) hatten zum Ziel, das Erleben des Partners zu eruieren. In Ersterer wurde sich zudem mit den Fragen beschäftigt, was väterliche Sorge, Stressoren und Probleme waren und welche Unterstützungen am hilfreichsten empfunden wurden. Die Forschungsarbeiten von Arslan & Nilüfer (2005) und Maloni et al. (1993) befassten sich neben psychischen Problemen von hospitalisierten Schwangeren mit Bettruhe auch mit somatischen Problemen. Die Studie von Maloni & Park (2005) beleuchtete das Erleben von Bettruhe *nach* deren Aufhebung in einem Zeitraum von sechs Wochen. Maloni et al. (2002) erforschten die sog. Dysphorie (Kombination aus Angst, Feindseligkeit und Depression) bei Schwangeren mit Bettruhe sowohl vor als auch nach der Geburt. Maloni et al. (2005) hatten zum Ziel, drei bestehende Studien unter dem Fokus depressiver Symptomatik, darunter auch die Studie von Maloni et al. (1993), zu replizieren. In der Studie von Heaman & Gupton (1998) wurde die Wahrnehmung von Bettruhe bei Schwangeren unter Hinzuziehung eines Vergleichs zwischen den beiden Settings stationär (Krankenhaus) und ambulant (zu Hause) behandelt. Durham (1999) konkretisierte unter Betrachtung des Erlebens von Schwangeren mit Bettruhe im häuslichen Umfeld, inwiefern einem negativen Erleben bzw. diversen

Problemen mit Strategien der Bewältigung begegnet werden kann. Ebenso beforschten Adler & Zarchin (2002) das Erleben von Schwangeren mit Bettruhe im häuslichen Umfeld und eruierten dabei den Nutzen einer virtuellen Selbsthilfegruppe. Auch Maloni & Kutil (2000) befassten sich in ihrer Studie mit einer Selbsthilfegruppe und formulierten die Forschungsfrage: Was sind die am häufigsten spontan diskutierten Themen von hospitalisierten Schwangeren mit Bettruhe während einer im Krankenhaus stattfindenden Selbsthilfegruppe?

In den beiden randomisierten kontrollierten Studien wurde der Nutzen von Musiktherapie bei Schwangeren mit Bettruhe untersucht. Bauer et al. (2010) betrachteten dabei insb. den Distress der Schwangeren und verglichen eine musiktherapeutische mit einer erholungstherapeutischen Intervention, während die Kontrollgruppe bei Yang et al. (2009) keine Intervention erhielt und hier vorrangig die Variable Angst untersucht wurde.

Das Review von Maloni (2010) betrachtet zahlreiche einzelne Aspekte unter Einschluss von 26 Quellen bzgl. negativer Effekte von Bettruhe (bezogen auf Physiologie, Verhalten sowie Erleben); 17 Quellen, die stationäres und ambulantes Setting vergleichen; fünf randomisierte kontrollierte Studien über die Effektivität von Bettruhe sowie vier Quellen über das ärztliche Verordnen von Bettruhe.

3.3 Bewertung der Qualität der ausgewählten Literatur

In diesem Unterpunkt werden u.a. die kritischen Beurteilungen der Studien in Anlehnung an Beurteilungskriterien nach Behrens & Langer (2010) und Brandenburg, Panfil & Mayer (2007) zusammenfassend vorgestellt. Für die Bewertung der Qualität der ausgewählten Literatur wurden studiendesignspezifische, kriteriengeleitete Beurteilungshilfen für qualitative und quantitative Studien, Interventionsstudien sowie Reviews genutzt. Es wurde sich bewusst für die Verwendung von designspezifischen Beurteilungshilfen entschieden, um bei der Bewertung der einzelnen Studien die charakteristischen Merkmale des jeweiligen Designs zu betrachten.

Vereinzelt finden sich keine direkten Formulierungen von Forschungsfragen. Fragestellungen sowie -ziele sind aber aufgrund unterschiedlicher Ausführungen klar erkennbar, wie zuvor bereits beschrieben wurde. Grundsätzlich gilt es

festzuhalten, dass alle ausgewählten Forschungsarbeiten die Problemstellung dieser Arbeit erfassen: Alle Studien thematisieren das Erleben von Personen, die von Bettruhe in der Schwangerschaft direkt (schwängere Frauen) oder auch indirekt (Familie) betroffen sind sowie – bis auf eine Ausnahme (Maloni et al., 1993) – die Relevanz für die Pflege. Da diese Studie jedoch relevante Ergebnisse des Erlebens der Betroffenen herausstellt, wird sie für den Ergebnisteil dieser Arbeit dennoch herangezogen.

Bei den qualitativen Studien variierte die Stichprobengröße von $n = 7$ bis $n = 89$ Teilnehmern, während die Stichprobengröße der quantitativen Studien von $n = 35$ bis $n = 180$ Teilnehmern reichte. Hierbei ist anzumerken, dass bei den quantitativen Studien die Stichprobe $\geq n = 80$ war und lediglich bei Maloni et al. (1993) die geringe Stichprobengröße von $n = 35$ Teilnehmern als kritisch zu betrachten ist. Da die Forscher dieser Studie dennoch zu signifikanten Ergebnissen kamen, wird diese Studie für den Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit genutzt. In den beiden Studien, die sowohl qualitative als auch quantitative Merkmale aufweisen, betrug die Stichprobengröße $n = 52$ (Arslan & Nilüfer, 2005) und $n = 39$ (Gallo & Lee, 2008). Bei Dunn et al. (2007), Durham (1999), Lederman et al. (2013), Maloni et al. (1993), Maloni et al. (2002), Maloni et al. (2005), Maloni & Kutil (2000), Maloni & Park (2005) sowie Rubarth et al. (2012) handelte es sich jeweils um eine Gelegenheitsstichprobe. Diese besteht aus Studienteilnehmern, die für Forscher am leichtesten zu erreichen sind. (LoBiondo-Wood, Haber & Nohl, 2005) Der Vorteil liegt also in der einfachen Gewinnung von Teilnehmern – jedoch besteht gleichzeitig eine Gefahr der Verfälschung, da die Probanden oftmals selbst über ihre Teilnahme entscheiden. Eine zielgerichtete Stichprobe umfasst Teilnehmer, die von Forschern einer Studie ausgewählt werden, da sie für eine Population aufgrund bestimmter Kriterien als typisch gelten. (ebd.) Diese fand sich jeweils bei Adler & Zarchin (2002), Gupton et al. (1997) und Heaman & Gupton (1998). Die Wahl einer zielgerichteten Stichprobe gilt es insofern als kritisch zu betrachten, da eine Generalisierbarkeit von Studienergebnissen schwieriger ist. (LoBiondo-Wood et al., 2005) Bei Gupton et al. (1997) wurde bis zur Datensättigung eine selbstgewählte Stichprobe herangezogen.

Die Rekrutierungen der Teilnehmer der Studien erfolgten überwiegend in Krankenhäusern (wobei es sich zumeist um Krankenhäuser der Tertiärversorgung

mit speziellen Stationen für Schwangere handelte), aber auch in Arztpraxen und anderen Gesundheitszentren. Des Weiteren kam es durch bereits bestehende Selbsthilfegruppen, Förderprojekte für Schwangere oder per Internetblog und E-Mails zur Kontaktaufnahme.

Die Forscher nannten überwiegend klare Ein- und Ausschlusskriterien bzgl. der Aufnahme von Teilnehmern: Eingeschlossen wurden bspw. solche Schwangere, die eine gewisse Zeit hospitalisiert waren bzw. Bettruhe hatten. Die Zeitpunkte variierten von

- mind. 48 Stunden bei Yang et al. (2009),
- mind. drei Tage bei Gallo & Lee (2008),
- mind. fünf Tage bei Arslan & Nilüfer (2005),
- mind. sieben Tage bei Bauer et al. (2010), Gupton et al. (1997) und Heaman & Gupton (1998),
- mind. zehn Tage bei Maloni et al. (1993)
- sowie mind. drei Wochen bei Schroeder (1996).

Ebenso bildete die Schwangerschaftswoche der Teilnehmer ein Kriterium der Aufnahme in vielen Studien. So wurden

- bei Durham (1999) jegliche Schwangere bis zur 36. Schwangerschaftswoche,
- bei Gupton et al. (1997) jegliche Schwangere ab der 26. Schwangerschaftswoche,
- bei Maloni et al. (2005) die 20. bis 33. Schwangerschaftswoche,
- bei Maloni et al. (2002) die 20. bis 34. Schwangerschaftswoche,
- bei Maloni & Park (2005) die 21. bis 33. Schwangerschaftswoche
- und bei Yang et al. (2009) die 28. bis 36. Schwangerschaftswoche berücksichtigt.

Es wurden zahlreiche Diagnosen, die letztlich zur Therapiemaßnahme der Bettruhe führten, eingeschlossen, wie z.B. frühzeitige Wehentätigkeit, Placenta praevia, vaginale Blutungen, vorzeitiger Blasensprung, Zervixinsuffizienz oder Plazentaablösung. Auf der anderen Seite schlossen Studien bestimmte Erkrankungen bzgl. der Inkludierung von Teilnehmern aus, so bspw. psychische Erkrankungen, schwere Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, kognitive Störungen,

bestehende Schlafstörungen, muskuloskelettale Störungen oder chronische metabolische Störungen (z.B. Diabetes mellitus und hypertensive Erkrankungen).

In den Studien wurden charakteristische Daten der Studienteilnehmer detailliert erfasst. Bspw. wurden Informationen über

- das Alter,
- die ethnische Zugehörigkeit,
- den Bildungsstand,
- den Familienstand,
- die Anzahl vorangegangener Schwangerschaften und Geburten,
- die berufliche Tätigkeit der Schwangeren und des Partners,
- das jährliche Einkommen,
- die Religionszugehörigkeit,
- die Schwangerschaftswoche,
- die soziale Schichtzugehörigkeit,
- die Diagnosen, aufgrund welcher Bettruhe verordnet wurde,
- die Form der Bettruhe (partiell/strikt),
- das Setting der Bettruhe (Krankenhaus, zuhause)
- und die Dauer der Bettruhe gesammelt und angeführt.

Exemplarisch wird im Folgenden erörtert, inwiefern die Wahl eines qualitativen Studiendesigns bei den jeweiligen Studien induziert war. Die Entscheidung des Verwendens einer Grounded Theory bei Durham (1999) wurde dadurch begründet, dass diese Methodik die Entwicklung einer Theorie in einem Bereich der Pflegewissenschaft erlaubt, die bislang unzureichend beforscht wurde. Zudem sei die Grounded Theory speziell dafür ausgelegt, komplexe soziale Phänomene zu erfassen. (ebd.) Heaman & Gupton (1998) führten eine fokussierte ethnographische Studie durch. Sie bezeichnen die Methodik der Ethnographie als eine Möglichkeit, die Bedeutung der Aussagen von Menschen einer identifizierbaren Gruppe (Risikoschwangere mit Bettruhe) zu sammeln, zu beschreiben und zu analysieren, um letztlich Verbesserungen für die Praxis hervorzubringen. Rubarth et al. (2012) nutzten die Methodik der Phänomenologie, um die erlebte Erfahrung von verschiedenen Individuen zu beschreiben. Insgesamt sind diese qualitativen Studiendesigns aufgrund ihrer Schwerpunkte allesamt geeignet, um die zentralen Elemente der hier vorliegenden Arbeit zu illustrieren.

Die Datensammlung erfolgte bei den qualitativen Studien überwiegend über halbstrukturierte Leitfadeninterviews, die mit Hilfe von Methoden wie der qualitativen Inhaltsanalyse, dem Transkribieren und der Clusterbildung mehrerer Forscher (Inter-Rater-Reliabilität) analysiert wurden. Unterstützt wurde die Datensammlung bspw. mittels Fragebögen, Tagebüchern der Teilnehmer oder Beobachtungen und Felddaten, welche nach der Durchführung eines Interviews von den Forschern gesammelt wurden. Exemplarisch wird die Konzeption eines Fragebogens von Maloni & Ponder (1997) vorgestellt: Die Forscher verwendeten den Fragebogen „Paternal Bed Rest Questionnaire (PBRQ)“ (ebd., S. 183) mit neun offenen Fragen, um die Sorgen, Stressoren und Unterstützung des Partners der Schwangeren zu eruieren. Er enthält 13 Elemente, die die häufigsten Sorgen von werdenden Vätern beschreiben. Diese stufen ein, wie sehr ein Problem sie beeinflusst: (3) sehr, (2) etwas, (1) gering. Daneben gab es weitere Methoden der Datenerhebung bei den qualitativen Studien: Maloni & Kutil (2000) sammelten ihre Daten während einer wöchentlichen, unstrukturierten und nichtweisenden Selbsthilfegruppe für hospitalisierte Schwangere mit Bettruhe, die 13 Sitzungen umfasste. Adler & Zarchin (2002) etablierten zwecks Datensammlung via Internet eine virtuelle Fokusgruppe in Form einer Online-Selbsthilfegruppe für Schwangere mit Bettruhe zuhause. Das Internet nutzten auch Rubarth et al. (2012) für die Generierung ihrer Daten, indem sie Online-Blogs von Teilnehmern auswerteten. In den beiden Studien, die sowohl qualitative als auch quantitative Merkmale aufweisen, wurde die Verwendung von Assessmentinstrumenten durch Tagebücher (Gallo & Lee, 2008) und Fragebögen (Arslan & Nilüfer, 2005) ergänzt. In allen Studien waren die Ergebnisse aussagekräftig. Zudem wurden sie ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Außerdem wurden die Ergebnisse einiger Studien bspw. durch das Validieren der Studienteilnehmer bestätigt.

Bei den quantitativen Studien fanden verschiedene Assessmentinstrumente zur Datensammlung Anwendung, die teilweise z.B. mit Hilfe des Cronbachs Alpha bewertet wurden. Manche Assessmentinstrumente wurden von mehreren Forschern verwendet, wie Anhang E entnommen werden kann. Bei zwei Studien wurde mittels wiederholter Verwendung eines Assessmentinstrumentes bei gleicher Stichprobe die Reliabilität überprüft (Test-Retest-Reliabilität). Zur Validität eines Assessmentinstrumentes trafen nicht alle Forscher eigene Aussagen, was als eine

methodische Schwäche anzusehen ist. Stattdessen wurde aber auf die Gültigkeit des Assessmentinstrumentes in vorangegangenen Studien verwiesen. Im Folgenden werden die einzelnen Assessmentinstrumente allgemein kommentiert:

- Das von Bauer et al. (2010) für die Studie eigens entwickelte Assessmentinstrument „Antepartum Bedrest Emotional Impact Inventory (ABEII)“ (ebd., S. 525) analysiert ruhebedingten, psychosozialen Distress (bspw. Angst, Einsamkeit/Isolation, Langeweile, Depression, Stress, Verlust der Kontrolle).
- Das Assessmentinstrument „Antepartum Hospital Stressors Inventory (AHSI)“ (Arslan & Nilüfer, 2005, S. 91) enthält 47 Aussagen, die wiederum sieben Kategorien von Stressoren speziell für hospitalisierte Schwangere umfassen: räumliche Trennung, Gesundheitsstatus, Kommunikation mit Fachpersonal¹⁰, Selbstbild, Emotionen und Familienstatus. Stress wird mit Hilfe der Einstufungen null (kein Stress) bis fünf (hohes Maß an Stress) klassifiziert. (Maloni et al., 1993)
- Das Assessmentinstrument „Antepartum/Postpartum Symptoms Checklist (APSC)“ (Maloni et al., 1993, S. 199) misst Symptome, die vor bzw. nach der Geburt auftreten. Es wurde u.a. von Maloni auf der Grundlage von einer Pilotstudie entwickelt und besteht aus 35 Elementen. Jedes dieser Elemente beschreibt ein Symptom, das während Bettruhe, Schwangerschaft – oder beidem – auftreten kann. Die Teilnehmer der Studie gaben an, ob die Symptome bei ihnen vorhanden waren und wenn dem so war, ob sie sich leicht (1), mäßig (2), stark (3) oder sehr stark (4) äußerten. (Maloni et al., 1993)
- Das Assessmentinstrument „Abbreviated Scale Of The Assessment Of Psychosocial Status In Pregnancy (ASAPSP)“ (Dunn et al., 2007, S. 1240) analysiert Probleme Schwangerer in Bezug auf ihren psychosozialen Status unter Verwendung einer Likert-Skala (fünf Auswahlmöglichkeiten).
- Das Assessmentinstrument „Center For Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)“ (Maloni et al., 2005, S. 17) misst depressive Symptome der vergangenen Woche (kognitiv, affektiv, verhaltensbezogen, somatisch).

¹⁰ Unter dem Begriff „Fachpersonal“ sind in dieser Arbeit verschiedenste Dienstleister des Gesundheitswesens anzusehen.

- Das Assessmentinstrument „General Sleep Disturbance Scale (GSDS)“ (Gallo & Lee, 2008, S. 715) erfasst Schlafstörungen bei gesunden Erwachsenen und enthält 21 Items, die die Häufigkeit spezifischer Schlafprobleme während der vergangenen Woche auf einer Skala von null (gar nicht) bis sieben (jeden Tag) erfassen.
- Das Assessmentinstrument „Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL-R)“ (Maloni et al., 2005, S. 17) umfasst 132 Adjektive, die subjektive Stimmungen beschreiben. Ziel ist, das derzeitige Befinden eines Tages mit Hilfe von fünf Skalen (Angst, Depression, Feindseligkeit, positive Gefühle und „sensation-seeking“ (Maloni et al., 1993, S. 199)) zu erfassen.
- Das Assessmentinstrument „Profile Of Mood States (POMS)“ (Maloni et al., 2005, S. 17) misst die allgemeine Stimmung, welche sich auf einen länger anhaltenden internen emotionalen Zustand bezieht.
- Das Assessmentinstrument „State-Trait Anxiety Inventory (STAI)“ (Yang et al., 2009, S. 316) enthält 20 Items, mit welchen unter Nutzung einer Likert-Skala (vier Auswahlmöglichkeiten) emotionaler Distress bestimmt wird.
- Das Assessmentinstrument „Spiritual Well-Being Scale (SWBS)“ (Dunn et al., 2007, S. 1239) misst die spirituelle Dimension der Gesundheit eines Individuums mit Hilfe von 20 Items, die mit Hilfe einer Likert-Skala (sechs Auswahlmöglichkeiten) eingeschätzt wird. Es werden beispielhaft das Selbstbild oder auch die emotionale Einstellung erfasst.

Für die Auswertungen und Ergebniserfassung der quantitativen Studien wurden unterschiedliche Strategien verwendet, wie bspw. das Erfassen der Konvergenzvalidität zur Beurteilung der Konstruktvalidität oder das Ausmachen der Internen Konsistenz. Insgesamt wurde in vielen Studien unterschiedliche Computersoftware für die Auswertung der gesammelten Daten genutzt.

Die kritische Beurteilung des Reviews und der beiden randomisierten kontrollierten Studien wird im Folgenden aufgeführt. Da das Review von Maloni (2010) auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche in MEDLINE, CINAHL, PubMed und der „Cochrane Database of Systematic Reviews“ (ebd., S. 107) erfolgte und sieben Disziplinen (Pflege, Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaften, Biologie, Raumfahrtwissenschaften) abdeckte, ist es unwahrscheinlich, dass relevante

Forschungsarbeiten nicht erfasst wurden. Es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Studien in die Analyse einbezogen. Obwohl somit zahlreiche Bereiche untersucht wurden, ist es der Forscherin mit Hilfe eines „Organizing Framework“ (ebd., S. 108) und einer tabellarischen Darstellung der Studien gelungen, die Ergebnisse präzise und strukturiert darzustellen.

In den Interventionsstudien von Bauer et al. (2010) und Yang et al. (2009) wurde durch verschiedene Methoden eine zufällige Verteilung der Studienteilnehmer erreicht. Zuzüglich verwendeten Bauer et al. (2010) eine einfache Verblindung. Die Forscher führten verschiedene Gründe für ein Drop-Out der ursprünglich 136 in die Studie aufgenommenen Teilnehmer auf. (ebd.) In der Interventionsstudie von Yang et al. (2009) wurde eine angemessene Stichprobe ($n \geq 113$) durch verschiedene Verfahren berechnet. Die Datenanalyse erfolgte bei Bauer et al. (2010) u.a. durch das eigens entwickelte und auf Reliabilität und Validität geprüfte Assessmentinstrument „ABEII“ und bei Yang et al. (2009) u.a. durch das Assessmentinstrument „STAI“. Da beide Studien signifikante Effekte der Interventionen nachwiesen, ist von einer angemessenen Größe der Stichproben ($n = 80$ bzw. $n = 120$ Teilnehmer) auszugehen.

Alle Forschungsarbeiten berücksichtigten grundlegende ethische Prinzipien (z.B. unterzeichnete Einverständniserklärung der Teilnehmer). Bspw. bei Bauer et al. (2010), Durham (1999), Gallo & Lee (2008), Gupton et al. (1997), May (2001) und Schroeder (1996) erfolgt die direkte Nennung einer Genehmigung der Studie seitens einer Institution bzw. eines Komitees.

Abschließend werden in der überwiegenden Zahl der Studien verschiedene Limitationen genannt, wie z.B. die Wahl einer geringen Gelegenheitsstichprobe mit folglich erschwerter Übertragbarkeit bzw. Generalisierbarkeit (Durham, 1999).

4 Bettruhe in der Schwangerschaft

In diesem Kapitel wird das Erleben der von Bettruhe Betroffenen herausgestellt. Anschließend werden die negativen und positiven Erfahrungen der Betroffenen hinsichtlich der Betreuung durch Fachpersonal genannt. Abschließend werden Empfehlungen der Unterstützung vorgestellt, die sich insb. auf die Pflege übertragen lassen.

4.1 Erleben der Betroffenen

Im Folgenden werden sowohl das Erleben der Schwangeren und des Partners als auch das des näheren, sozialen Umfeldes geschildert. Zuzüglich werden die Konsequenzen für die Paarbeziehung und für weitere Familienmitglieder betrachtet.

4.1.1 Erleben der Schwangeren

Es lässt sich eine Vielzahl unterschiedlicher emotionaler Reaktionen in den Studien ausmachen.¹¹ Diese emotionale Labilität wurde von Studienteilnehmerinnen auch unter der Nutzung des Begriffes „roller coaster“ (Adler & Zarchin, 2002, S. 423; Maloni & Kutil, 2000, S. 207; Rubarth et al., 2012, S. 400) ausgedrückt.

Da detaillierte Ausführungen der einzelnen Reaktionen den Rahmen dieser Arbeit übersteigen, werden im Folgenden die am umfangreichsten beforschten Aspekte, wie die depressive Symptomatik sowie die generelle Erschöpfung und Schlafstörung, vertieft. Anschließend werden von den Schwangeren erlebte Verluste, die Angst und Besorgnis, die umgebungsabhängigen Faktoren (Setting, subjektives Empfinden von Zeit) wie auch die subjektiven Schuldgefühle (unter Hinzuziehung von Gründen der Nichteinhaltung von Bettruhe) thematisiert.

4.1.1.1 Depressive Symptomatik

Für eine detailliertere Betrachtung der depressiven Symptomatik lassen sich verschiedene Forschungsarbeiten heranziehen: Maloni (2010) untersuchte in ihrem

¹¹ Bspw. Schock und Verwirrung (Gupton et al., 1997); Depression (ebd.) und Trauer (Arslan & Nilüfer, 2005; Rubarth et al., 2012); Frustration und Wut (Gupton et al., 1997; Rubarth et al., 2012); Stimmungsschwankungen (Arslan & Nilüfer, 2005; Gupton et al., 1997; Maloni et al., 2001) sowie Enttäuschungen (Gupton et al., 1997) und Hoffnung (Rubarth et al., 2012).

Review vergleichend in fünf Studien die depressive Symptomatik hospitalisierter Schwangerer mit Bettruhe, darunter die in dieser Arbeit verwendeten Längsschnittstudien von Maloni et al. (1993), Maloni et al. (2002) sowie Maloni et al. (2005). Ihnen gemeinsam ist die Verwendung des Assessmentinstrumentes „MAACL-R“ und das Ergebnis, dass Dysphorie bei Krankenhausaufnahme – also vor der Geburt – am stärksten ausgeprägt war und nach der Geburt abnahm, aber nach sechs Wochen weiterhin leicht erhöht war. Exemplarisch werden zur Veranschaulichung der Veränderung von Dysphorie im zeitlichen Verlauf die Studienergebnisse von Maloni et al. (2002) in der folgenden Tabelle 2 gelistet.

Variablen	Durchschnitt (Standardabweichung)	Beobachtete Reichweite
Krankenhausaufnahme	9,98 (7,23)	0-36
Zwei Tage nach der Geburt	4,30 (4,45)	0-16
Zwei Wochen nach der Geburt	3,37 (4,73)	0-19
Vier Wochen nach der Geburt	3,13 (4,66)	0-22
Sechs Wochen nach der Geburt	2,89 (5,15)	0-32

Tabelle 2: Veränderung von Dysphorie im zeitlichen Verlauf. Aus „Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: A longitudinal study“ von Maloni, Kane, Suen & Wang, 2002, *Nursing Research* 51 (2), S. 96. Modifiziert.

Maloni et al. (1993) stellten darüber hinaus fest, dass die Form der Bettruhe in Verbindung mit der Stärke der negativen Auswirkungen standen. Die Assessmentinstrumente „POMS“ und „CES-D“ wurden in Studien von Heaman (1992) und Mercer & Ferketich (1988) genutzt. (Maloni, 2010) Heaman (1992) führte eine prospektive Kohortenstudie durch. Da jedoch keine Angabe gemacht wird, ob und wie viele der Teilnehmerinnen verordnete Bettruhe hatten, werden diese Ergebnisse für die hier vorliegende Arbeit nicht mit einbezogen. Bei Mercer & Ferketich (1988) wurde eine Gegenüberstellung von Stress, Angst und Depression bei Risikoschwangeren mit Bettruhe (n = 153) und gesunden Schwangeren ohne Bettruhe (n = 218) vorgenommen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die depressive Symptomatik bei erstgenannten signifikant höher war. (Maloni,

2010) Maloni et al. (2005) versuchten die Studienergebnisse zur depressiven Symptomatik bei Schwangeren mit Bettruhe von Heaman (1992), Maloni et al. (1993) und Mercer & Ferketich (1988) zu replizieren, indem sie alle drei Assessmentinstrumente verwendeten. Jedes der Instrumente maß bei Krankenhausaufnahme hohe Werte, die nach der Geburt allmählich zurückgingen. Bei Maloni et al. (2002) lagen diese Werte leicht höher. Da die Test-Retest-Reliabilität und Konvergenzvalidität zwischen den drei Assessmentinstrumenten hoch war, schlussfolgerte Maloni (2010) auf eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

Dunn et al. (2007) untersuchten in ihrer Korrelationsstudie neben spirituellem Wohlergehen und Angst ebenso Depression bei Risikoschwangeren mit Bettruhe. Es zeigt sich, dass diese im Vergleich zu gesunden Nichtschwangeren und gesunden Schwangeren signifikant höhere Werte der Angst und Depression aufwiesen. Die einzelnen Messergebnisse des spirituellen Wohlergehens, der Angst und der Depression (gemessen durch die Assessmentinstrumente „ASAPSP“ und „SWBS“) sind in der folgenden Tabelle 3 dargestellt. Dabei drückt ein hoher Wert des spirituellen Wohlergehens ein größeres Niveau an spiritueller Gesundheit aus und höhere Werte der Angst und Depression stehen für stärkere Ausprägung dieser.

	Spirituelles Wohlergehen	Angst	Depression
Mögliche Reichweite	20-120	8-40	6-40
Alle Gruppen	110	13,9	18,35
Gesunde Nichtschwangere	109	13,1	17,8
Gesunde Schwangere	112	12,2	16,4
Risikoschwangere mit Bettruhe	108	16,3	20,6

Tabelle 3: Messergebnisse des spirituellen Wohlergehens, der Angst und der Depression (gemessen durch die Assessmentinstrumente „ASAPSP“ und „SWBS“). Aus „Spiritual well-being, anxiety, and depression in antepartal women on bedrest“ von Dunn, Handley & Shelton, 2007, *Issues in Mental Health Nursing* 28 (11), S. 1241. Modifiziert inkl. Kürzung.

4.1.1.2 Erschöpfung und Schlafstörung

Ein weiteres, häufig thematisiertes Erleben umfasst die erschwerte, generelle Erholung und Erschöpfung. Bettruhe wurde insgesamt als ermüdend und schwächend empfunden. (Gupton et al., 1997; Lederman et al., 2013; Rubarth et al., 2012) Ohne weitere Angaben von Einzelheiten nennt Schroeder (1996) in ihren Ergebnissen das universelle Auftreten von Schlafstörungen bei Schwangeren mit Bettruhe. Solche Schlafstörungen spezifizieren Arslan & Nilüfer (2005) in Form des Auftretens von mäßigen Albträumen, die 28,84% ihrer Studienteilnehmerinnen erlebten. Außerdem hatten 38,46% der Teilnehmerinnen Schwierigkeiten, nach unfreiwilligem Erwachen wieder einschlafen zu können. (ebd.) Gupton et al. (1997) erkannten Schlafstörungen als Veränderungen der Schlaf-Wach-Zyklen und nannten Schwierigkeiten der Schwangeren, nachts durchschlafen zu können (insb. im Krankenhaus), obwohl diese kurze Schlafphasen über Tag zu verhindern versuchten. Gallo & Lee (2008) fanden in ihrer Studie über Schlafcharakteristika hospitalisierter Schwangerer bei einem Aufenthalt nach drei Tagen heraus, dass die Schwangeren (n = 39) durchschnittlich 124 Stunden über Tag schliefen. Auch bei Arslan & Nifüler (2005) zeigte sich, dass 55,76% der Studienteilnehmerinnen leichte unfreiwillige Schläfrigkeit über Tag verspürten. Außerdem schliefen die Schwangeren bei Gallo & Lee (2008) 6,7 Stunden pro Nacht und wachten dabei zwischen neun- und 32-mal (durchschnittlich 18-mal pro Nacht) auf. Im Folgenden sind in Tabelle 4 die Auswertungen der Tagebücher der Studienteilnehmerinnen hinsichtlich der Schlafqualität hospitalisierter Schwangerer mit Bettruhe dargestellt.

Einstufung der Schlafqualität der Studienteilnehmerinnen	Schlafqualität im Krankenhaus (zweite Nacht): n (%)	Schlafqualität im Krankenhaus (dritte Nacht): n (%)
Sehr gut	5 (13)	3 (8)
Ziemlich gut	20 (51)	15 (39)
Ziemlich schlecht	0	0
Sehr schlecht	10 (26)	11 (28)
Keine Angabe	4 (10)	10 (25)

Tabelle 4: Schlafqualität hospitalisierter Schwangerer mit Bettruhe. Aus „Sleep characteristics in hospitalized antepartum patients“ von Gallo & Lee, 2008, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 37 (6), S. 719. Modifiziert.

Gallo & Lee (2008) führen an, dass ausreichende Quantität von Schlaf zwar notwendig ist, jedoch exzessives Schlafen über Tag vermieden werden sollte, um die nächtliche Schlafqualität zu steigern. Heaman & Gupton (1998) erläutern, dass Schwangere, die zuhause Bettruhe einhielten, eine verbesserte Schlafqualität zeigten. Auffallend war, dass Symptome der Erschöpfung auch nach der Geburt und somit nach der Bettruhe anhielten: Maloni & Park (2005) untersuchten in ihrer Studie mit Hilfe des Assessmentinstrumentes „APSC“ die Häufigkeit des Vorkommens von verschiedenen Symptomen, darunter Fatigue.¹² Die Messungen erfolgten zu sieben Messzeitpunkten (T1-7): an Tag zwei nach der Geburt sowie wöchentlich nach ein bis sechs Wochen. Die Veränderung des Auftretens von Fatigue im zeitlichen Verlauf ist in der folgenden Abbildung 2 veranschaulicht.

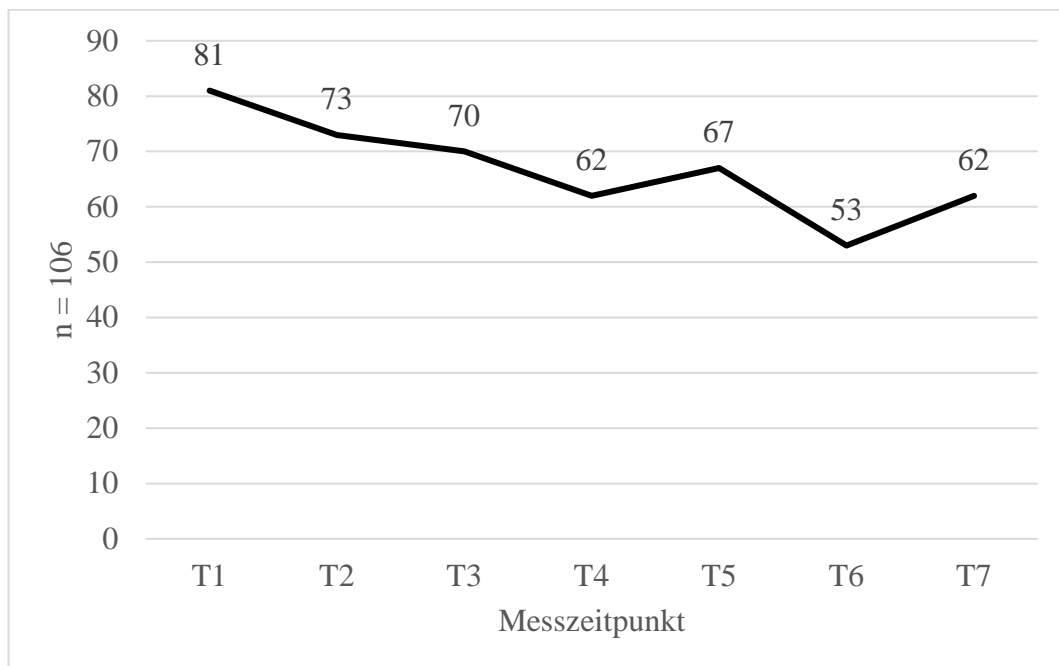


Abbildung 2: Veränderung des Auftretens von Fatigue bei Frauen nach Bettruhe und Schwangerschaft im zeitlichen Verlauf. Aus „Postpartum symptoms after antepartum bed rest“ von Maloni & Park, 2005, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 34 (2). Eigene Darstellung.

¹² Fatigue umfasst ein „überwältigendes, anhaltendes Gefühl der Erschöpfung“ (Herdman & Kamitsuru, 2015, S. 255) sowie die reduzierte Funktionalität in der Bewältigung bisheriger Aufgaben.

4.1.1.3 Der Verlust der Kontrolle und des bisherigen Lebensstiles

Adler & Zarchin (2002) führen in ihren Ergebnissen auf, dass das Verordnen der Bettruhe ein unerwartetes und überraschendes Ereignis für die Schwangeren darstellte. Mit den durch Bettruhe verursachten Verlusten und dem plötzlichen Lebenswandel wurden deutliche Änderungen des bisherigen Lebensstiles vernommen, was zu verschiedenen Reaktionen führte. (Adler & Zarchin, 2002; Durham, 1999) Alle Studienteilnehmerinnen bei Adler & Zarchin (2002) vermissten alltägliche Aspekte ihres Lebens, wie das Ausführen von Haushaltstätigkeiten. Viele Schwangere bezeichneten, daraus resultierend, ein Gefühl der Unsicherheit gegenüber der Zukunft und der Hilflosigkeit, diese zu beeinflussen. (Gupton et al., 1997)

Damit einhergehend traten verschiedene Verlusterfahrungen auf. Eine substanzielle Erfahrung, insb. zu Anfang der Therapieverordnung von Bettruhe, war der Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper und die physiologische Schwangerschaft. (Gupton et al., 1997; Lederman et al., 2013; May, 2001; Schroeder, 1996; Rubarth et al., 2012) Letzteres wiederum führte zu Emotionen wie Traurigkeit und Enttäuschung, da Schwangere die herkömmlichen Geburtsvorbereitungen verpassten und keine unbeschwerte Vorfriede erlebten. (Gupton et al., 1997; May, 2001) Schwangere äußerten zudem, dass sie ihre Kontrolle an die behandelnden Ärzte abgeben mussten. (Durham, 1999; Gupton et al., 1997; Schroeder, 1996) Die durch Bettruhe vermittelte Rolle einer Kranken verstärkte diese Emotionen und führte zu Gefühlen wie Frustration, da einige Schwangere berichteten, grundsätzlich kein subjektives Krankheitsgefühl zu empfinden. (Gupton et al., 1997)

Zusätzlich belastete die Schwangeren die aus der Bettruhe resultierende Rollenumkehrung: Häufig mussten ihre bisherigen Rollen – bspw. die Rolle der Mutter (Adler & Zarchin, 2002; Maloni & Kutil, 2000) – zwangsweise von anderen übernommen werden (Gupton et al., 1997). Adler & Zarchin (2002) identifizierten diese Verschiebungen als Identitätsveränderung. Diese Wandlung wiederum hatte zur Folge, dass sich Beziehungen zu Partnern und Kindern bei einigen Schwangeren veränderten. (Gupton et al., 1997; Heaman & Gupton, 1998) Die Rollenumkehrung ging bei Schwangeren auch mit einem Verlust der Selbstwahrnehmung, also des persönlichen Selbst, einher. (Maloni & Kutil, 2000)

4.1.1.4 Angst und Besorgnis

Die Präsenz von Angst wurde von vielen Schwangeren geäußert. (Rubarth et al., 2012; Schroeder, 1996) Dabei wirkten sich persönliche Erfahrungen, wie vergangene und unerwünscht endende Risikoschwangerschaften, negativ auf das Erleben von Angst aus. (Schroeder, 1996) Zusätzlich wurde auch über die Sorge hinsichtlich zukünftiger Schwangerschaften berichtet. (May, 2001) Angst äußerte sich zudem bspw. in Form von Sorge über den fetalen oder eigenen Gesundheitszustand. (Gupton et al., 1997; Lederman et al., 2013; Maloni et al., 2001; Rubarth et al., 2012) So artikulierten Studienteilnehmerinnen bei Maloni & Kutil (2000), dass eine gesundheitliche Verschlechterung (fetal/mütterlich), wie vaginale Blutungen oder Fruchtwasserabgang, mit verstärkter Angst einherging. Bei Arslan & Nilüfer (2005) zeigte sich, gemessen mit dem Assessmentinstrument „AHSI“, die Sorge hinsichtlich des ungeborenen Kindes als größter Stressor. Schroeder (1996) fand in ihrer Studie heraus, dass sich zur Bewältigung eben dieser alle Teilnehmerinnen ihrer Untersuchung, mit einer Ausnahme, emotional von ihrem ungeborenen Kind distanzierten. Die Schwangere, die diese Haltung nicht einnahm, sprach hingegen täglich mit ihrem Kind und betete für seine positive Entwicklung. (ebd.) Ergebnisse von Adler & Zarchin (2002) sowie Gupton et al. (1997) verdeutlichen, in Bezug hierzu, dass Schwangere aufgrund der Sorge um das fetale Wohlergehen in hohem Maß an ihr ungeborenes Kind dachten. Verstärkt wurde dieses Vergegenwärtigen durch die verordnete Bettruhe insofern, da Schwangere äußerten, dass ihnen besonders viel Zeit zum Nachdenken zur Verfügung stand. (Gupton et al., 1997; May, 2001) In einigen Fällen wurde dieses Sinnieren als positiv empfunden, da es die Bindung zum ungeborenen Kind stärkte. (Adler & Zarchin, 2002)

Die zentrale Besorgnis der Schwangeren bezog sich auch auf die Kinderbetreuung. (Arslan & Nilüfer, 2005; Gupton et al., 1997; Maloni & Kutil, 2000; Rubarth et al., 2012) So drückten in der Studie von Maloni et al. (2001) lediglich zwei von 45 werdenden Müttern aus, dass sie keinerlei Probleme hinsichtlich der Kinderbetreuung hatten. Die Sorge umfasste insb. Bedenken hinsichtlich der Qualität der Fürsorge, die zwischenzeitlich von anderen erbracht wurde, insb. wenn Fremde die Kinderbetreuung übernahmen. (ebd.) Weitere Sorge äußerten Schwangere der Last und dem Druck gegenüber, die der Partner aufgrund größerer

Verantwortung und zusätzlicher Pflichten zu tragen hatte (Adler & Zarchin, 2002; Maloni et al., 2001; Maloni & Kutil, 2000; Rubarth et al., 2012), da Partner zugleich als stärkste Unterstützung empfunden wurden (Lederman et al., 2013). Diese Art von Sorge drückte bei Maloni et al. (2001) auch eine Schwangere in Bezug auf ihre Mutter aus, die viele Aufgaben übernahm. Schwangere äußerten außerdem die Angst, dass sie nach der Geburt das Ausüben von Haushaltstätigkeiten, die berufliche Tätigkeit oder die Kindererziehung aufgrund der physischen und emotionalen Einschränkungen durch die langanhaltende Bettruhe nicht zeitnah wiederaufnehmen können. (Adler & Zarchin, 2002; Schroeder, 1996)

4.1.1.5 Umgebungs- und situationsabhängiges Erleben

Es zeigt sich, dass im Krankenhaus, im Gegensatz zum häuslichen Setting, andere Schwierigkeiten auftraten. So trugen eine stickige und warme Umgebung, unkomfortable Betten und ein Mangel an Privatsphäre zu einem negativen Erleben der Schwangeren bei. (Heaman & Gupton, 1998) Zusätzlich konnten Zimmergenossinnen eine Quelle von Stress darstellen, indem untereinander kein gutes Verhältnis aufgebaut werden konnte oder auch dadurch, dass ein häufiger Wechsel der Mitpatientinnen den Schwangeren bewusst machte, dass sie weiterhin stationär verbleiben mussten. Andererseits konnten positive Beziehungen zwischen Zimmergenossinnen die mit Bettruhe verbundenen negativen Auswirkungen mildern. (ebd.) Bei Arslan & Nilüfer (2005) gaben 86,53% der Studienteilnehmerinnen an, dass sie im Krankenhaus am häufigsten mit ihren Zimmergenossinnen kommunizierten. Inwiefern eine Konstellation der Mitpatienten als hinderlich oder förderlich empfunden wurde, hing von der subjektiven Bewertung der Schwangeren ab. (Heaman & Gupton, 1998)

Des Weiteren äußerten Schwangere das Gefühl des Gefangenseins (Gupton et al., 1997; Heaman & Gupton, 1998; Maloni & Kutil, 2000; Rubarth et al., 2012) und der Langeweile (Gupton et al., 1997; Maloni et al., 1993; Maloni & Kutil, 2000). Letzteres wurde von 23,08% der Studienteilnehmerinnen von Arslan & Nilüfer (2005) empfunden. Ein weiterer, umweltbedingter Stressor ergab sich aus dem Empfinden, bestimmte Ereignisse aufgrund der Bettruhe zu versäumen. (Adler & Zarchin, 2002; Gupton et al., 1997; Maloni et al., 2001; Rubarth et al., 2012) Dazu zählte z.B. das Gefühl, die Entwicklung zuhause aufwachsender Kinder aufgrund

eines Krankenhausaufenthaltes zu verpassen. (Adler & Zarchin, 2002; Gupton et al., 1997; Maloni et al., 2001) Aufgrund der Möglichkeit der Kinderbetreuung und der Reduzierung von Langeweile gaben 53,84% der Studienteilnehmerinnen bei Arslan & Nilüfer (2005) an, dass sie Bettruhe lieber zuhause eingehalten hätten, statt im stationären Setting.

Es manifestierte sich ein umweltbedingter Stressor insb. durch die Separation/Isolation bzw. räumliche Trennung der Schwangeren im Krankenhaus, abseits ihrer Familie und der gewohnten Umgebung. (Arslan & Nilüfer, 2005; Heaman & Gupton, 1998; Maloni & Kutil, 2000) Dieser Aspekt wurde bei Maloni et al. (1993) als größter Stressor gemessen. Häufig wurde dieses Empfinden durch den Wunsch begleitet, schnellstmöglich aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. (Maloni & Kutil, 2000) Schwangere, die Bettruhe zuhause einhielten, waren, in Anbetracht der Nähe zu ihren Familien, zufriedener. (Heaman & Gupton, 1998) Maloni & Kutil (2000) machten darüber hinaus auch Einsamkeit bei den Schwangeren aus. Verstärkt wurde diese umso mehr, je entfernter die Familie vom Krankenhaus wohnte. (Maloni et al., 2001) Schwangere waren aufgrund des Krankenhausaufenthaltes bspw. nicht in der Lage, Familienfesten beizuwohnen. (ebd.) Hinzukommend gab es Fälle, in denen häufige Krankenhausbesuche aufgrund der Notwendigkeit der häuslichen Kinderbetreuung weiterhin reduziert wurden. (Maloni & Kutil, 2000) Das Kontakthalten wurde außerdem z.B. durch immense Telefonrechnungen der Schwangeren erschwert. (ebd.)

Eine positive Beeinflussung des stationären Settings wurde aufgrund der von Schwangeren empfundenen Sicherheit erfahren. Das Krankenhaus wurde als sicherer Ort für sich selbst und für das ungeborene Kind angesehen. (Maloni et al., 1993; Maloni & Kutil, 2000) Schwangere waren der Ansicht, dass ihnen schnell Hilfe zukommen könnte, so lange sie im Krankenhaus verweilen. (Heaman & Gupton, 1998; Maloni & Kutil, 2000) Bei Lederman et al. (2013) wurde die Sorge geäußert, nicht zu wissen, auf welche Symptome Schwangere zuhause zu achten haben, sobald sie aus dem Krankenhaus entlassen werden würden.

Die Maßeinheit Zeit war ein weiteres, in Verbindung zum Erleben zu setzendes Element. Es zeigte sich, dass Schwangere in ihrer Haltung überwiegend zukunftsorientiert waren. (Schroeder, 1996) Zeit nahm dabei einen besonderen Stellenwert ein, da die Schwangeren sich bewusst waren, dass die

Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Entbindung entscheidend für die Gesundheit ihres Kindes war. (ebd.) Die Zeit wurde dabei, aufgrund von Langeweile, häufig als sehr langsam vergehend empfunden (Heaman & Gupton, 1998) und verstärkte das Nachdenken über Sorgen (Rubarth et al., 2012). Dieses Empfinden war bei Schwangeren, die Bettruhe zuhause einhielten, weniger stark ausgeprägt. (Heaman & Gupton, 1998) Es wurde hervorgehoben, dass es die Risikoschwangerschaft als einen absehbaren Zeitraum zu meistern und zu überbrücken galt. (Rubarth et al., 2012; Schroeder, 1996) Die Aussicht, dass Bettruhe eine vorübergehende Behandlung bedeutete, war also förderlich. (May, 2001; Schroeder, 1996) Gleichzeitig äußerten Betroffene jedoch, des Wartens leid zu sein oder gar Frustration zu empfinden. (Gupton et al., 1997; Heaman & Gupton, 1998; Rubarth et al., 2012; Schroeder, 1996) Diese ambivalente Einstellung gegenüber der Zeit kann treffend als „waiting game“ (Gupton et al., 1997, S. 426) bezeichnet werden. Des Weiteren wurden Äußerungen getroffen, dass das Setzen von täglichen oder wöchentlichen Zielen (Meilensteine) (Schroeder, 1996), wie das Erreichen einer bestimmten Schwangerschaftswoche (Gupton et al., 1997; Lederman et al., 2013; Rubarth et al., 2012), hilfreich war. Insgesamt ist festzuhalten, dass mit dem Vorübergehen der Zeit und dem Erreichen der Zielpunkte die Angst der Schwangeren abnahm. (May, 2001; Schroeder, 1996) Eine positive Bedeutung von Zeit findet sich bei Schroeder (1996): Zwei der Teilnehmerinnen beschrieben, die durch die Bettruhe entstandene Zeit zur Priorisierung ihrer eigenen Werte sowie zur Reflexion der Bedeutung von Familie und Gesundheit genutzt zu haben.

4.1.1.6 Schuldgefühle

Für das Einhalten der Bettruhe als förderlich galt, entsprechend der Studienergebnisse von Schroeder (1996) und May (2001), der Glaube der Schwangeren, dass die verordnete Bettruhe einer Frühgeburt entgegenwirke. Auf der anderen Seite führten daher Situationen, in denen die verordnete Bettruhe weniger eingehalten werden konnte, zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. (Maloni & Kutil, 2000; May, 2001; Schroeder, 1996) Einige Schwangere fühlten sich schuldig, da sie sich eingestanden, dass sie ambivalente Gefühle hatten: Auf der einen Seite wollten sie gerne entbinden (Rubarth et al., 2012), auf der anderen

Seite fürchteten sie sich jedoch vor den Belastungen, die ein Frühgeborenes verursachen könnte (Maloni & Kutil, 2000). Gespaltene Gefühle ergaben sich auch durch die Zerrissenheit, die Fürsorge entweder auf das Ungeborene oder aber auf die älteren Kinder zu fokussieren. (May, 2001) Weiterhin äußerten sich Schuldgefühle in dem Unvermögen der Schwangeren, bisherigen sozialen Rollen, wie der Mutterrolle, nachzukommen. (Schroeder, 1996) Schwangere fühlten sich schuldig, sobald sie ihre Partner verstärkt darum baten, sie häufiger zu besuchen. (Heaman & Gupton, 1998) Dass die Kinderbetreuung nicht wahrgenommen werden konnte, führte ebenso zu intensiven Gefühlen der Schuld. (ebd.) Außerdem verspürten Schwangere Schuldgefühle, da sie sich im Zwiespalt befanden, ob sie in erster Linie Bettruhe einhalten, ihre bisherigen Rollen (bspw. als Mutter, Arbeitnehmerin oder Ehefrau) einnehmen oder ihren Partner entlasten sollten. (Durham, 1999) Diesen Prozess bezeichnet Durham (1999) auch als Verhandlungsphase, weil Schwangere ihre Einstellungen reorganisieren (May, 2001) und ihre bisher gewohnten Aufgaben neu priorisieren mussten (Maloni & Kutil, 2000). In manchen Fällen manifestierten sich Schuldgefühle in, zum Teil religiösen, (Selbst-)Zweifeln mit der Frage, ob Schwangere persönlich für ihre Situation verantwortlich gewesen seien. (Rubarth et al., 2012)

Obwohl viele Schwangere Schuldgefühle empfanden, hielten manche die verordnete Bettruhe nicht ein. Einige Rechtfertigungen für diese Nichteinhaltung werden im Folgenden näher erläutert. Gründe für die Nichtbefolgung umfassten, zum einen, finanzielle Sorge der Schwangeren (Maloni et al., 2001; Rubarth et al., 2012), weswegen das Nachgehen einer beruflichen Tätigkeit für manche unausweichlich war (Schroeder, 1996). Die finanzielle Sorge wurde verstärkt, sobald keine adäquate Krankenversicherung vorhanden war (ebd.) und keine Rücklagen bestanden, um Rechnungen zu begleichen (Maloni et al., 2001; May, 2001). Die Studie von Maloni et al. (2001) stellt heraus, dass mehr als ein Drittel der Familien keinen finanziellen Ausgleich empfangen haben. Des Weiteren erlebten einige Schwangere deutliche Rückschläge in ihren beruflichen Karrieren (ebd.) und Probleme bei der Wiederaufnahme der Arbeit nach der Geburt (Maloni et al., 2001; Rubarth et al., 2012). Weiterhin wurde Bettruhe aufgrund der Notwendigkeit der Kinderbetreuung oder des Nachkommens von Haushaltstätigkeiten missachtet (Schroeder, 1996), insb. dann, wenn Bettruhe

zu Hause eingehalten werden sollte, da die Versuchung, aktiver zu sein, höher war (Heaman & Gupton, 1998). Schwangere hielten Bettruhe weniger konsequent ein, wenn sie keinen Partner an ihrer Seite hatten. (May, 2001) Bei Maloni et al. (2001) entfiel der Anteil der Schwangeren, die die Fürsorge der Kinder selbst übernahmen, auf 18% der Familien mit Kindern. Neben Unterstützung von Freunden und Nachbarn nutzten hier 29% der Familien mit Kindern aber auch kostenpflichtige Hilfen, die sie selbst zu tragen hatten. (ebd.)

Entsprechend der bereits zuvor beschriebenen Phase der Verhandlung nach Durham (1999) zeigten sich drei unterschiedliche Handhabungen der Konflikte, die eine Nichteinhaltung von Bettruhe hervorriefen. Unter „testing“ (ebd., S. 498) fällt das Erproben eigener Belastungsgrenzen (Durham, 1999; May, 2001). Als Steigerung hierzu ist die Strategie „cheating“ (Durham, 1999, S. 498) anzusehen, in der Schwangere die verordnete Therapiemaßnahme gänzlich missachteten. Die zuletzt aufgeführte Strategie ist das „piggybacking“ (ebd., S. 498). Hierbei handelt es sich um eine Art Selbsttäuschung, indem die verordnete Bettruhe innerhalb bestimmter Situationen – trotz eigentlicher Einsparung von Bewegung – umgangen wurde. (Durham, 1999) Eine Schwangere in partieller Bettruhe bei Durham (1999) nutzte bspw. ihre Toilettengänge dazu, beiläufig den Boden des Badezimmers zu reinigen. Ein weiteres Beispiel führen Maloni et al. (2001) an. Hier diente einer Schwangeren der Weg zum Badezimmer dazu, ihrer Tochter gleichzeitig eine Mahlzeit aus dem Kühlschrank zu bringen.

4.1.2 Erleben des Partners

Wie im vorherigen Kapitel bereits beschrieben, erfolgten das Diagnostizieren der Risikoschwangerschaft und die verordnete Bettruhe unvorhergesehen, was auch unmittelbaren und starken Einfluss auf die Männer ausübte. (May, 1994) Verstärkt wurde dieser Schock durch die Erwartung einer normal verlaufenden Schwangerschaft, insb. bei erstmalig werdenden Vätern. (ebd.) Bei Betrachtung der Studienergebnisse bzgl. des Erlebens des Partners der Schwangeren können drei Kategorien ausgemacht werden: die allgegenwärtigen Sorgen, der Stress durch beträchtliche Verantwortung und die von Männern empfundene Isolation.¹³

¹³ Das Erleben der Partner ist zusammenfassend anhand der Studienergebnisse von Maloni & Ponder (1997) in Anhang G dargestellt.

4.1.2.1 Besorgnis

Die Männer verspürten ihren emotionalen Distress insb. aufgrund konstanter Sorge. (Maloni & Ponder, 1997) Diese bezog sich in großem Maße auf den Gesundheitsstatus der Schwangeren und den des ungeborenen Kindes. So antworteten 66% der Ängste äußernden Männer, dass Sorgen hinsichtlich der Partnerin und der Kinder überwogen. (ebd.) Weitaus weniger präsent erschien den Männern die Sorge gegenüber dem eigenen gesundheitlichen Zustand (emotionales und physisches Gleichgewicht), da bei Maloni & Ponder (1997) lediglich 10% der Besorgnis äußernden Männer diesen Aspekt nannten.

Der Sorge der Männer konnte positiv begegnet werden, wenn sie sich in unmittelbarer Nähe zur Partnerin aufhielten oder die Fürsorge der Schwangeren durch andere gesichert wurde. (May, 1994) Reduziert wurde die Sorge, sobald eine bestimmte Schwangerschaftswoche erreicht wurde und die verordnete Bettruhe gelockert werden konnte. Dies deckt sich mit dem oben beschriebenen Erleben der Schwangeren. Des Weiteren verschob sich, bedingt durch die allmähliche Realisierung einer aktivitätsbeschränkten Schwangerschaft, die konstante Sorge auf andere Bereiche. So nahmen Sorgen bzgl. der Kindererziehung und der finanziellen Situation aufgrund des Einkommensverlustes der Schwangeren und zusätzlicher Ausgaben (z.B. Arztrechnungen) zu und Sorge hinsichtlich des Gesundheitsstatus ab. (ebd.) Maloni & Ponder (1997) halten, ohne Angaben von Gründen, fest, dass die Sorge der Männer über einen gewissen Zeitraum abnahm (22% der Antworten), während andere eine Zunahme dieser wahrnahmen (11,8% der Antworten).

4.1.2.2 Stress durch Verantwortung

Das Erleben des Partners beinhaltete des Weiteren in puncto Stress das Bewältigen verschiedener Pflichten. (Maloni & Ponder, 1997; May, 1994) Bei Maloni & Ponder (1997) wurde dieser Aspekt von etwa der Hälfte der Studienteilnehmer genannt. In den Studien von May (1994, 2001) kam es zu einem Gefühl der Überwältigung bzw. Erdrückung aufgrund der Verantwortung, wie der Haushaltsführung (Lebensmitteleinkauf, Kochen, Putzen, Kindererziehung), des Nachkommens des Berufes und der Aufrechterhaltung einer positiven Paarbeziehung. Die beiden zuerst genannten Aspekte werden von Maloni & Ponder (1997) als das Managen von neuen Rollen und bisherigen Pflichten

zusammengefasst. Studienergebnisse von May (2001) zeigen, dass Männer den Eindruck hatten, selbst die Verantwortung für das Bewerkstelligen der schwierigen Situation zu tragen. In der Studie von Schroeder (1996) ist, bis auf eine Ausnahme, zu erkennen, dass die Männer entweder nicht dazu bereit oder fähig waren, Aufgaben, die zuvor von der Schwangeren erledigt wurden, zu übernehmen. Schließlich führten der Druck, dem eigenen Beruf und Haushaltstätigkeiten nachzukommen sowie zunehmende Schwierigkeiten in der Paarbeziehung zu der Sorge, dass eine Balance dieser konkurrierenden Faktoren auf Dauer nicht aufrechterhalten werden könnte. (May, 1994) Dabei stellten für die Männer insb. solche Aufgaben, die vor der verordneten Bettruhe von der Schwangeren übernommen wurden, große Herausforderungen dar. (ebd.)

4.1.2.3 Isolation

Auffallend ist, dass keiner der Männer in Kontakt zu anderen Männern stand, die ähnliche Erfahrungen gemacht hatten. Darüber hinaus mieden sie die Thematisierung ihrer derzeitigen Situation am Arbeitsplatz. Dies begründeten sie dadurch, dass sie sich wenig Hilfe erhofften oder Befürchtungen hatten, auf wenig Verständnis zu stoßen. (ebd.) Zuzüglich fand entsprechend der Studienergebnisse von May (1994) hinsichtlich des eigenen Empfindens keine Kommunikation mit anderen Familienmitgliedern statt, in der Erwartung, keine Besserung der negativen Emotionen zu erfahren. Verstärkt wurde die von den Männern somit empfundene Isolation dadurch, dass sie ebenso ihre Partnerinnen nicht mit ihren eigenen Sorgen belasten wollten. (ebd.) Bei Maloni & Ponder (1997) zeigte sich hingegen ein anderes Verhalten der Männer. Hier nutzten 78% der Männer Gespräche mit anderen Menschen, darunter vor allem Verwandte und Freunde, als Unterstützung. Es vermieden 17,3% der Studienteilnehmer die Kommunikation mit ihren Partnerinnen. Eine Begründung hierfür wird in dieser Studie nicht genannt. Stattdessen wird die Vermutung aufgestellt, dass die Männer durch das Verbergen ihres Stressempfindens die Last der Partnerinnen reduzieren wollten. (ebd.) In den Ergebnissen von Maloni & Ponder (1997) ist eine strikte Isolation der Männer auch daran erkennbar, dass 20% der Studienteilnehmer (ohne Nennung von Gründen) mit niemandem über ihre Situation gesprochen haben.

4.1.3 Erleben des sozialen Umfeldes der Schwangeren unter der Betrachtung von Konsequenzen

In vielen Studien lässt sich erkennen, dass die Bettruhe auch Auswirkungen auf weitere Bezugspersonen der Schwangeren hatte. So ließen sich Folgen in der Paarbeziehung und bei älteren Kindern verzeichnen. Von zentraler Bedeutung schien außerdem auch das Verhältnis zwischen Schwangeren und weiblichen Verwandten (Mütter, Schwiegermütter, Großmütter) zu sein, wie die nachstehenden Ausführungen dieses Kapitels beleuchten.

4.1.3.1 Auswirkungen auf die Paarbeziehung

Die Schwangeren in der Studie von Maloni & Kutil (2000) artikulierten Sorge hinsichtlich der Paarbeziehung. Viele Männer beschrieben, dass sie sich der emotionalen Instabilität und Reizbarkeit der Schwangeren aufgrund ihrer Bettruhe bewusst waren und daher versuchten, über die oftmals schwierige Beziehung hinwegzusehen. Zu manchen Zeitpunkten gelang das Einnehmen dieser Haltung weniger erfolgreich, sodass eine Wechselseitigkeit von Sympathie und Verzweiflung gegenüber den Gefühlen der Schwangeren genannt wurde. (ebd.) Durham (1999) sowie Lederman et al. (2013) stellen heraus, dass Teilnehmerinnen ihrer Studie äußerten, dass das Erlebte ihre Paarbeziehungen festigte und eine größere Nähe zueinander bewirkte. Durch das Erlebte konnten Paare sich außerdem stärker mit der zukünftigen Elternrolle identifizieren. (Lederman et al., 2013)

Bei Lederman et al. (2013) und May (1994) nahmen die Beschränkung der sexuellen Aktivität (welche zuzüglich der Bettruhe empfohlen wurde) keinen großen Stellenwert ein. Sie wurde toleriert, um das Wohl des Kindes nicht zu gefährden. (May, 1994) Ebenso thematisierten nur drei Prozent der Studienteilnehmer bei Maloni & Ponder (1997) diesen Aspekt. Darüber hinaus verdeutlichten einige Männer, dass diese Beschränkung die Paarbeziehung aufgrund anderer Interaktionen sogar festigte. (May, 1994) Häufig wurde, insb. von Schwangeren, geäußert, dass sie die Nähe zum Partner sowie Intimität vermissten. (Adler & Zarchin, 2002; Gupton et al., 1997) Abweichend zeigte sich die Beschränkung der sexuellen Aktivität auch bei Schroeder (1996). Hier wurde diese als ein Grund für eine problematische Paarbeziehung aufgeführt. Schwierigkeiten in der Gestaltung der Paarbeziehungen aufgrund der Einschränkungen wurden auch

bei Gupton et al. (1997) und May (2001) genannt, da sexuelle Aktivität bspw. die primäre Verbindung der Paarbeziehung darstellte (May, 2001).

4.1.3.2 Weitere Familienmitglieder

Aufgrund der Bettruhe wurden ältere Kinder der Schwangeren dazu gedrängt, unabhängiger und eigenverantwortlicher zu agieren. (Adler & Zarchin, 2002; Schroeder, 1996) Einige Schwangere berichteten, dass ihre Kinder sie während der Bettruhe unterstützen konnten. (Adler & Zarchin, 2002; Maloni et al., 2001) Es wurden häufig Emotionen wie das Vermissen der Mutter – aufgrund ihrer Abwesenheit – bei den Kindern ausgelöst (Maloni & Kutil, 2000) sowie auch Angst und Niedergeschlagenheit, was letztlich zu Stress führte (Schroeder, 1996). Probleme traten dabei bei Kindern aller Altersklassen auf. (Maloni et al., 2001) Dennoch reagierten vor allem Schulkinder mit Unverständnis (ebd.) oder Trotz auf die Bettruhe der Mutter (Schroeder, 1996). Dies führte, nach Angaben der Mütter, in einigen Fällen zu einer Verschlechterung der schulischen Leistungen der Kinder. (Maloni et al., 2001) Des Weiteren wandten sich Kinder verstärkt von der Mutter ab und anderen Personen, wie dem Partner der Schwangeren, zu, was wiederum zu Distress bei dieser führte. (Adler & Zarchin, 2002; Heaman & Gupton, 1998; Maloni et al., 2001) Krankenhausbesuche von Kindern führten für die Schwangere teilweise zu weiteren Stressoren: Bei Maloni & Kutil (2000) thematisierten Studienteilnehmerinnen in der Selbsthilfegruppe Schwierigkeiten hinsichtlich der adäquaten Beschäftigung der Kinder vor Ort und folglich befürchtete Ruhestörungen durch Lärm und Fehlverhalten und damit verbundene Beeinträchtigung der Mitpatienten und des Krankenhauspersonals.

In der Studie von Schroeder (1996) wurden, zu Gunsten der Entlastung des Mannes, in neun von elf Familien die Haushaltstätigkeiten, Mahlzeitenvorbereitungen und die Kinderbetreuung von der Mutter der Schwangeren übernommen. Ebenso wurde bei Maloni et al. (2001) die zukünftige Großmutter als Quelle der Unterstützung hinzugezogen. Bei Rubarth et al. (2012) zeichnete sich diese Unterstützung im besonderen Maße dadurch aus, dass ähnlich gemachte Erfahrungen mit Bettruhe in der Schwangerschaft seitens der werdenden Großmutter mit der Schwangeren geteilt wurden. Die durch die Mütter oder Schwiegermütter entgegengebrachte Hilfe wurde von vielen Schwangeren dankbar angenommen und trug zu einer

Festigung der Beziehung zwischen Tochter und (Schwieger-)Mutter bei. (Adler & Zarchin, 2002; Lederman et al., 2013) Zusätzlich zu der Mutter der Schwangeren wurden zum Teil noch andere Familienmitglieder wie die Großmutter zur Unterstützung der Schwangeren herangezogen. (Lederman et. al., 2013) Dennoch stellte bspw. der Einzug ins Haus der werdenden Großmutter häufig Belastungen für die Familien dar. (Lederman et al., 2013; May, 2001; Schroeder, 1996) Entsprechend der Studie von Maloni et al. (2001) führte das Verhalten der zukünftigen Großmutter sogar zur gesundheitlichen Verschlechterung der Schwangeren.

Darüber hinaus erfolgte in einigen Beispielen auch gar keine Unterstützung von Verwandten. (Adler & Zarchin, 2002) Es kam sogar zu Vorwürfen gegenüber der Schwangeren seitens anderer Familienmitglieder: Sie unterstellten werdenden Müttern die Unfähigkeit einer erfolgreichen Gestaltung von Familienprozessen. (ebd.)

4.2 Die Relevanz für die Pflege auf der Grundlage des Erlebens der Betroffenen

In nahezu allen Studien finden sich Indizien, die vorteilhaftes oder nachteiliges Handeln von Fachpersonal – aus Sicht der Betroffenen – beschreiben. Im Folgenden wird zunächst die als unzureichend empfundene Unterstützung, zum einen durch das Empfinden der Schwangeren (inkl. direkter Beschwerden gegenüber Pflegenden) und, zum anderen, durch das Empfinden der Partner betrachtet. Die nachfolgende als hilfreich empfundene Unterstützung lässt sich in drei Aspekte gliedern: Haltungen des Fachpersonals, konkrete Interventionen dieser sowie Selbsthilfegruppen. Nach der Vorstellung des Erlebten werden weitere Vorschläge für die Praxis, hervorgehend aus den Studien, genannt. Diese lassen sich einteilen in: das erforderliche Fachwissen des Fachpersonals, die Beratung/Informationsweitergabe sowie die Edukation seitens des Fachpersonals, die subjekt- und familienorientierte Einschätzungen sowie mögliche Interventionen des Fachpersonals.

4.2.1 Die als unzureichend wahrgenommene Unterstützung

Einige Studienergebnisse verdeutlichen, dass Schwangere wenig professionelle Beratung bzw. Informationsvermittlung und Anleitung bzgl. Bettruhe empfangen (Arslan & Nilüfer, 2005; Heaman & Gupton, 1998; Maloni et al., 2001; Maloni & Kutil, 2000; May, 2001) oder sogar gegensätzliche Empfehlungen erhielten (Heaman & Gupton, 1998; Maloni & Kutil, 2000; May, 2001). So führt etwa Schroeder (1996) an, dass Schwangere bei Problemen mit der Kindererziehung, den Haushaltstätigkeiten und der beruflichen Tätigkeit häufig auf sich alleine gestellt waren, was Zorn bei ihnen auslöste. Die Forscherin fand außerdem heraus, dass Schwangeren keine Alternative zur Therapieform Bettruhe vorgeschlagen wurde. Stattdessen wurde ihnen vermittelt, dass Bettruhe die einzige Möglichkeit für die Geburt eines gesunden Kindes sei. (May, 2001)

Einige Schwangere äußerten konkrete Beschwerden gegenüber Pflegenden. Exemplarisch sind zu nennen: Unterbrechungen des Schlafes¹⁴, mangelhafte Berücksichtigung der Bettruhe durch die Forderung von größerer Selbstständigkeit und damit einhergehend Schwierigkeiten der Bedürfnisbefriedigungen (Maloni & Kutil, 2000) sowie Rücksichtslosigkeit (Rubarth et al., 2012).

May (1994) stellt heraus, dass die Partner von Schwangeren zu wenig Unterstützung seitens des Fachpersonals bzw. des Gesundheitssystems als besonders problematisch angesehen haben. Keiner ihrer Studienteilnehmer berichtete sinnvolle Unterstützung in Bereichen wie der Problemlösung oder vorrausgehender Beratung hinsichtlich Bettruhe. Des Weiteren habe kein bedeutsamer Kontakt zu Pflegenden während der Bettruhe bestanden. (ebd.) Auch Maloni & Ponder (1997) berichten, dass mehr als die Hälfte der Männer ihrer Studie keine Hilfe von Fachpersonal erhalten haben. Stattdessen sei das Fachpersonal vielmehr auf das Befinden und Wohlergehen der Schwangeren und des Kindes fokussiert gewesen. (ebd.)

¹⁴ Bestätigend hierzu das häufige Aufwachen in der Nacht (s.o., Studienergebnisse von Gallo & Lee (2008)).

4.2.2 Die als hilfreich wahrgenommene Unterstützung

Es sind multiple hilfreiche Haltungen des Fachpersonals auszumachen: Teilnehmerinnen der Studie von Gupton et al. (1997) empfanden insb. solche Pflegenden als unterstützend, die freundlich auftraten, sich Zeit zum Zuhören nahmen (Rubarth et al., 2012) und auf Fragen der Schwangeren – die vom Arzt unbeantwortet blieben – eingingen. Dabei wurde ein hohes Maß an Empathie und Fürsorge besonders positiv aufgefasst. (Gupton et al., 1997; Lederman et al., 2013; Rubarth et al., 2012) Die Studienergebnisse von Rubarth et al. (2012) erweitern hilfreiches Auftreten Pflegender dadurch, dass Humor positiv empfunden wurde. Einige Partner der Schwangeren bei May (1994) gaben an, dass sie hilfreiche bzw. beruhigende Konversationen mit Geburtshelfern führten. Auch in der Studie von Maloni & Ponder (1997) erhielten 47,6 % der Männer beruhigende und informelle Unterstützung durch das Fachpersonal.

Von Bettruhe Betroffene nannten verschiedene, hilfreiche Interventionen. Eine Reduzierung von Angst konnte durch Besichtigungen der neonatalen Intensivstation unter der Leitung von Pflegenden erreicht werden. (Gupton et al., 1997) Studienteilnehmer von Maloni & Kutil (2000) unterstützten dieses Vorgehen und würden andere Betroffene dazu ermutigen. Eine weitere, hilfreiche Intervention seitens der Pflegenden war generelle Ablenkung, etwa durch die Bereitstellung unterhaltender Materialien, wie Bücher (Schroeder, 1996) oder Videos (Gupton et al., 1997; Heaman & Gupton, 1998). Als hilfreich empfunden wurden außerdem verschiedene Ratschläge von Pflegenden, so etwa wie Schwangere mit verordneter Bettruhe umgehen könnten. (Gupton et al., 1997; Schroeder, 1996) Diese wurden bspw. bei Schroeder (1996) während des Monitorings bei der Schwangeren zuhause geäußert. Exemplarisch zu nennen ist das Erteilen von Vorschlägen, wie Freunde oder Familie um Unterstützung gebeten werden könnten. (ebd.)

Nachfolgend wird der erlebte Nutzen von Selbsthilfegruppen als weitere Unterstützungsmöglichkeit thematisiert. Maloni & Kutil (2000) nutzten in ihrer Studie die Durchführung einer Selbsthilfegruppe für die Datensammlung. Dabei wurde deutlich, dass Schwangere prägnante Unterstützungen erfuhren, indem sie in Kontakt mit werdenden Müttern standen, die zur selben Zeit ähnliche Situationen erlebten. Die Schwangeren ermutigten sich gegenseitig, gesetzte Ziele zu erreichen. (ebd.) Eine Übersicht der am häufigsten diskutierten Themen der Schwangeren in

der Selbsthilfegruppe findet sich in Anhang F. Letztlich wurde durch das Teilen von Informationen und Problemlösungsstrategien die Unsicherheit der Schwangeren reduziert. (ebd.) Daher empfehlen Maloni & Kutil (2000) das Etablieren von Selbsthilfegruppen – insb. im stationären Setting. Dies unterstreichen sie dadurch, dass Gruppen durch Organisation seitens Pflegender im Krankenhaus einfach zu bilden sind. Dazu bedarf es alleinig der Bereitstellung eines ruhigen Raumes mit entsprechenden Möbeln wie Liegen sowie des Heranziehens eines professionellen Gruppenleiters, bspw. in Form von erfahrenen Pflegenden der Station. Dabei muss die Vertraulichkeit der offenen Gespräche gewahrt bleiben. (ebd.) Adler & Zarchin (2002) verwendeten eine virtuelle Fokusgruppe zur Generierung ihrer Daten und prüften darüber hinaus deren Eignung als Online-Selbsthilfegruppe. Alle Studienteilnehmerinnen bestätigten den von ihnen empfundenen Nutzen der Gruppe, vor allem hinsichtlich der Reduzierung von Isolation, des Austauschs über das Erlebte sowie des Umgangs mit Gefühlen. Der Vorteil einer virtuellen gegenüber anderen Selbsthilfegruppen besteht darin, dass Schwangere die Problematik der Mobilität aufgrund der verordneten Bettruhe nicht berücksichtigen müssen. (ebd.) Pflegende in den Vereinigten Staaten von Amerika schlugen Schwangeren überdies vor, die dort bestehende nationale, telefonische Selbsthilfegruppe „Sidelines“ (Schroeder, 1996. S. 256) zu kontaktieren. Dies war bei Maloni et al. (2010) die am häufigsten genannte Organisation, die als Quelle der Unterstützung genutzt wurde. Auch bei Rubarth et al. (2012) wurde der Kontakt zu „Sidelines“ als besonders hilfreich empfunden.

4.2.3 Vorschläge für eine hilfreiche Unterstützung

Um die pflegerische Versorgung verbessern zu können, setzen Arslan & Nilüfer (2005), Dunn et al. (2007) Gupton et al. (1997), Lederman et al. (2013), Maloni et al. (2001) das tiefgründige Verständnis des Erlebens von Bettruhe seitens der Pflegenden als fundamental voraus. Durham (1999) erweitert dies durch die Vorstellung, dass das Fachpersonal zudem Gründe für eine eventuelle Nichteinhaltung von Bettruhe kennen sollte, um ohne Stereotypisierung gegenüber Betroffenen empathisch agieren zu können. Außerdem sollten Pflegende über die Bedeutung von Schlaf hinsichtlich des fetalen und mütterlichen Wohlergehens informiert sein und entsprechende Interventionen einleiten, die nächtlichen Schlaf

verbessern. (Gallo & Lee, 2008) Dazu bedarf es des Wissens der Pflegenden, dass Schlafmuster sich während der Schwangerschaft zwar verändern, ein Krankenhausaufenthalt mit Bettruhe diese Umformung jedoch maßgeblich mitbestimmen kann. (ebd.)

4.2.3.1 Beratung, Informationsweitergabe und Edukation

Grundsätzlich ist es nach Durham (1999) Aufgabe des Fachpersonals, eine direkte und rechtzeitige Beratung bzgl. Bettruhe – den Sorgen der Betroffenen entgegenwirkend – zu ermöglichen. Hierzu zählen die klare Informationsweitergabe (Arslan & Nilüfer, 2005; Lederman et al., 2013) von Nutzen und Risiko der Therapiemaßnahme der Bettruhe sowie das Beantworten von Fragen, die auch erst einige Tage (nach Realisierung der Situation) auftreten können (Durham, 1999). Als hilfreich erachtet wird auch eine Beratung hinsichtlich des erfolgreichen Managements korrespondierender Aufgaben. (Maloni & Ponder, 1994; Schroeder, 1996) Die bereits vorhandenen Ressourcen (z.B. Unterstützung durch Familienangehörige) könnten dabei mit Haushaltsdienstleistungen unterstützt werden. (Maloni & Park, 2005 sowie Maloni, 1994; zitiert nach Maloni & Ponder, 1997, S. 187)

Laut Maloni & Ponder (1997) können auf Edukation ausgerichtete Maßnahmen eingeführt werden, um eine Reduzierung der Sorge zu bezwecken. So können Informationen über die möglichen medizinischen Komplikationen, die Behandlungsverfahren, den Fürsorgebedarf der Schwangeren oder die fetale Entwicklung die Hoffnung beim Mann stärken und unnötige Sorge abwenden (ebd.), wobei selbiges für Schwangere gilt (Maloni & Kutil, 2000). Außerdem sollte der Partner der Schwangeren vom Fachpersonal aktiv in die Situation einbezogen werden. Dies ist von besonderer Bedeutung, da der Vater des ungeborenen Kindes eine der größten Ressourcen der Schwangeren darstellt. (Monahan & DeJoseph, 1999; zitiert nach Maloni & Ponder, 1997, S. 187) Bezogen auf die Situation der hospitalisierten Schwangeren fordert Schroeder (1996), auf Basis ihrer Ergebnisse, ebenfalls das Lehren und Unterrichten der Betroffenen seitens der Pflegenden vor Ort. Überdies sollte Schwangeren jedoch die Möglichkeit angeboten werden, ihre Ambitionen hinsichtlich des Verordnens von Bettruhe zu äußern. (ebd.) Durham (1999) geht weiterhin darauf ein, dass das Fachpersonal realistische Erwartungen

an die Schwangere zu stellen hat, anstatt sie mit unreflektierten Forderungen zu konfrontieren. Auch Gupton et al. (1997) unterstützen den Anspruch, Schwangere verstärkt in die Fürsorge und Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen, um ihnen ein verstärktes Gefühl von Kontrolle zu ermöglichen. So sollten Schwangeren auch die Gestaltung ihres Alltages (bspw. der Zeitpunkt der grundpflegerischen Versorgung oder der Zeitpunkt des Essens) überlassen, anstatt von den Pflegenden vorgegeben werden. (Rubarth et al., 2012) Damit Schwangere im Krankenhaus größeres Wohlbefinden und reduzierte Unsicherheit verspüren, gehört die Vermittlung der Strukturen des Stationsablaufes zu den wahrzunehmenden Aufgaben der Pflegenden. (Maloni & Kutil, 2000) Einzig Durham (1999) macht darauf aufmerksam, dass von Bettruhe Betroffenen Informationen bzgl. der bevorstehenden Geburt und Elternschaft zukommen sollten (z.B. durch Videos), sobald sie eine hohe Schwangerschaftswoche erreicht haben. Begründet wird dies mit der Aussage, dass Möglichkeiten des Zuganges zu Informationen, bspw. durch Geburtsvorbereitungskurse, aufgrund der Bettruhe nicht wahrgenommen werden konnten. (ebd.)

Es sollte zudem gewährleistet sein, dass auch Männer die Möglichkeit haben, ihre Sorge und ihren Frust professionellen Pflegenden mitzuteilen. (May, 1994) Gupton et al. (1997) unterstützen durch ihre Studienergebnisse, dass Pflegende zu Familienbesuchen ermutigen und klare Kommunikation zwischen Verwandten fördern sollten, um Stressoren der Familie zu reduzieren und soziale Unterstützung aufzubauen. Bei Familienbesuchen ist dabei darauf zu achten, freie und offene Besuchszeiten zu ermöglichen (Lederman et al., 2013; Rubarth et al., 2012) und älteren Kindern eine geeignete Umgebung bereit zu stellen (Lederman et al., 2013).

4.2.3.2 Subjekt- und familienorientierte Einschätzungen

Weitere Vorschläge hilfreicher Maßnahmen stellen subjekt- und familienorientierte Einschätzungen dar, wobei die Verantwortung der adäquaten Bewertung der Familiensituation und der Unterstützung bei auftretenden Problemen nach May (1994) den Pflegenden obliegt. Schroeder (1996) führt an, dass die Aufmerksamkeit der Pflegenden auf die Einschätzung der ganzheitlichen Situation der Schwangeren gerichtet sein sollte. Dies beinhaltet auch, dass Pflegende sich bewusst sein sollten, was potentielle Effekte von Bettruhe auf die bereits bestehenden, unterstützenden

Netzwerke der Schwangeren sind. (Adler & Zarchin, 2002) Schon bei Krankenhausaufnahme sollten Pflegende das subjektive Erleben der Schwangeren mit Hilfe geeigneter Assessmentinstrumente einschätzen, um jenen mit erhöhter Vulnerabilität hinsichtlich negativer Reaktionen mit verstärkter Aufmerksamkeit begegnen zu können. (Maloni et al., 2002; Maloni & Kutil, 2000; Maloni & Park, 2005; Maloni et al., 2005) Auf der Grundlage der oben genannten Studienergebnisse empfehlen Lederman et al. (2013), Dunn et al. (2007), Maloni et al. (2001) und May (1994, 2001), dass Pflegende systematische Bewertungen bzw. Einschätzungen des Familienstatus der Schwangeren vornehmen. Ziel ist u.a. das Eruiere von Möglichkeiten, ob eventuell auftretende Stressoren bewältigt werden können oder ob die Bewältigung durch die beeinträchtigten Familienprozesse bedenklich erschwert ist. (May, 1994) Vor der Krankenhauserlassung empfehlen Maloni & Park (2005) das Einschätzen vorhandener Symptome bei Schwangeren. So sollten Frauen bspw. hinsichtlich des möglichen Vorhandenseins von eingeschränkter Kondition oder anhaltender Fatigue nach der Entlassung von Pflegenden aufgeklärt werden. (ebd.) Eine Aufgabe, denen Pflegende mehr Aufmerksamkeit schenken sollten, ist folglich das Planen der Krankenhauserlassung. (Schroeder, 1996) Hierzu zählt z.B. auch die Hilfestellung, dass Schwangeren nach der Entbindung die Rückkehr in den Beruf durch Unterstützung von Sozialarbeitern bzw. Case Managern erleichtert werden kann. (Rubarth et. al., 2012) Eine zu frühzeitige Krankenhauserlassung ist nicht ratsam, da die Erholung sowohl von Bettruhe als auch von der Geburt Zeit bedarf. (Maloni & Park, 2005)

4.2.3.3 Interventionen

Es finden sich verschiedene Vorschläge, wie Pflegende durch die Entwicklung unterschiedlicher Interventionen und Unterstützungen das negative Erleben der Betroffenen verbessern können. Den Empfindungen der Schwangeren, im Krankenhaus gefangen und krank zu sein, kann bspw. dadurch begegnet werden, indem Pflegende sie ermuntern, Straßenkleidung zu tragen und in Absprache mit den Ärzten kurze Aufenthalte im Freien für eine Entspannung zu nutzen. (Gupton et al., 1997) Maloni & Kutil (2000) schlagen vor, dass Pflegende stationär untergebrachte Schwangere untereinander bekannt machen könnten, indem

Schwangere trotz partieller Bettruhe z.B. per Rollstuhl in ein anderes Patientenzimmer gebracht werden. Um neben der Einsamkeit auch Langeweile der Schwangeren zu reduzieren, sollten bspw. Bastel- und Lesematerialien, Spiele, Sportangebote (unter Beachtung der Aktivitätsbeschränkung) oder bestimmte soziale Events angeboten werden. (Rubarth et al., 2012) Solche sozialen Events könnten bestimmte Gruppenaktivitäten unter Schwangeren sein (wie das gemeinsame Anschauen eines Filmes), die nicht nur Einsamkeit und Langeweile reduzieren, sondern auch soziale Interaktion fördern. (Maloni & Kutil, 2000) In soziale Events sollten auch unterstützende Personen einbezogen werden, sodass das Zelebrieren neben Ablenkung auch Beziehungen fördert. (Rubarth et al., 2012) Darüber hinaus schlagen Rubarth et al. (2012) vor, dass erlangte Meilensteine, wie das Erreichen einer bestimmten Schwangerschaftswoche, zusammen mit Pflegenden gefeiert werden könnten, um als positive Verstärkung die Motivation der Schwangeren zu fördern. Den Aspekt der motivierenden Grundeinstellung Pflegender empfehlen auch Lederman et al. (2013).

Als eine weitere Intervention könnte außerdem eine Musiktherapie angeboten werden. (Maloni & Kutil, 2000; Rubarth et al., 2012) Yang et al. (2009) untersuchten in ihrer randomisierten kontrollierten Studie unter der Verwendung des Assessmentinstrumentes „STAI“ den Effekt von Musiktherapie auf die Linderung von Angst bei Schwangeren mit Bettruhe. Es zeigte sich, dass die Interventionsgruppe (30-minütige Musiktherapie an drei aufeinander folgenden Tagen) gegenüber der Kontrollgruppe (keine Intervention) eine Verbesserung des Erlebens der Angst aufwies. Schwangere fühlten sich nach der Intervention sorgloser, entspannter und zufriedener. (ebd.) Eine weitere randomisierte kontrollierte Studie, in der eine musiktherapeutische einer erholungstherapeutischen Intervention gegenüber gestellt wurde, ergibt, dass beide Interventionen Distress von hospitalisierten Schwangeren in partieller Bettruhe verbessern konnten. (Bauer et al., 2010) Die nachstehende Abbildung 3 veranschaulicht die Veränderung der Messergebnisse („ABEII“) zusammenfassend im zeitlichen Verlauf. Die Intervention erfolgte zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2.

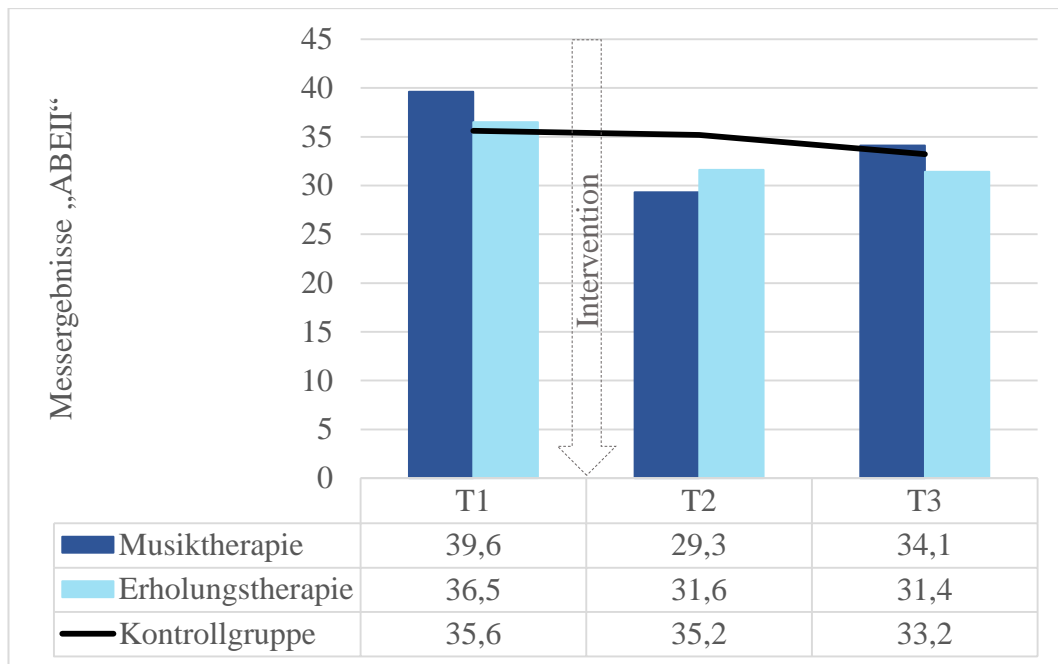


Abbildung 3: Durch Musik- oder Erholungstherapie veränderte Messergebnisse („ABEII“) im zeitlichen Verlauf (Intervention erfolgte zwischen T1 und T2). Aus „Music therapy to relieve anxiety in pregnant women on bedrest: A randomized, controlled trial“ von Bauer, Victorson, Rosenbloom, Barocas & Silver, 2010, *Journal of Women’s Health* 19 (3), S. 529. Modifiziert.

Daher schlagen Yang et al. (2009) die musiktherapeutische Intervention seitens Pflegender als eine kostengünstige Maßnahme für Schwangere mit Bettruhe vor. Die Auswahl der Musik sollte hinsichtlich der Vorlieben und der Kultur der Schwangeren mit Bedacht erfolgen. (ebd.)

Abschließend ist zu nennen, dass Gupton et. al. (1997) und Maloni et al. (2001) das Einrichten von Selbsthilfegruppen empfehlen. Situationen, die Betroffene zusammenbringen, reduzieren nach Maloni & Kutil (2000) die empfundene Isolation und Langeweile. Heaman & Gupton (1998) setzen sich für die Entwicklung von ambulanten Programmen und Tageseinrichtungen – als Alternativen hinsichtlich einer Krankenhausaufnahme – zur Unterstützung der von Bettruhe Betroffenen ein. Hausbesuche von Pflegenden (Arslan & Nilüfer, 2005) sowie das Einrichten von Telefonnetzwerken zur emotionalen Unterstützung Schwangerer werden von Maloni et al. (2001) empfohlen. Pflegende sollten den Verweis auf Selbsthilfegruppen oder ähnliche soziale Dienstleistungen geben. (ebd.)

5 Diskussion

Hinsichtlich des Erlebens und der pflegerischen Begegnung ist eine hohe Konformität bei einem Vergleich der einzelnen Studien auszumachen. Fraglich ist, ob die Untersuchungen von Gupton et al. (1997) und Heaman & Gupton (1998) mit Hilfe derselben Stichprobe durchgeführt wurden, da die Stichprobengröße und die Art der Rekrutierung identisch scheint. Dennoch wurden in den beiden Forschungsarbeiten keine Angaben gemacht, ob diese Vermutung zutrifft. Da Heaman & Gupton (1998) den Unterschied zwischen dem Erleben im Krankenhaus und dem Erleben zuhause jedoch gesondert betrachteten, werden hier ergänzende, neue Aspekte dargelegt, die für den Ergebnisteil dieser Arbeit bereichernd sind.

Deutliche Differenzen der verwendeten Studien zeigen sich im Umgang mit der Definition von Bettruhe. Einige Forscher verzichteten gänzlich auf diese Begriffsbestimmungen, sodass die Nachvollziehbarkeit, wie viele Studienteilnehmerinnen welche Form von Aktivitätsbeschränkung erhielten, nicht immer gegeben ist. Obwohl eine universell vergleichbare Betrachtung der Form der Bettruhe auf Grundlage der Literatur somit nicht möglich war, fanden sich insgesamt trotzdem similäre Ergebnisse hinsichtlich des Erlebens der Betroffenen und der pflegerischen Relevanz. Es wurde deutlich, dass Bettruhe von allen Betroffenen überwiegend negativ empfunden wurde und nur wenige positive Auswirkungen (bspw. die Festigung der Paarbeziehung) auszumachen waren.

Kritisch zu betrachten bleibt, dass Bettruhe – trotz Nachweis der negativen Auswirkungen und Nichtbestätigung des tatsächlichen Nutzens – weiterhin als häufigste Maßnahme zur Abwendung von Frühgeburten verschrieben wird. (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014) In ihrem evidenzbasierten Review stellen McCarty-Singleton & Sciscione (2014) die These auf, dass dieses unreflektierte Verordnen von Bettruhe in der medizinischen und sozialen Kultur fest verankert sei. Dem verzweifelten Bedarf an nicht nachweisbar gefährlichen Interventionen¹⁵ werde den Patienten deswegen mit der zurzeit gängigsten Maßnahme (Bettruhe) begegnet. In einer Studie von Fox, Gelber, Kalish & Nathan (2009) wurden 827 von Ärzten ausgefüllte Fragebögen ausgewertet. Ziel der Untersuchung war, zu erörtern, welche Empfehlungen diese Ärzte hinsichtlich Bettruhe erteilen. Hierzu

¹⁵ Solche Interventionen mit belegtem Risiko sind bspw. invasive Maßnahmen wie eine Zervixcerclage oder auch medikamentöse Verordnungen (z.B. Tokolytika). (Schroeder, 1998)

wurden zwei Fallbeispiele (vorzeitige Wehentätigkeit, vorzeitiger Blasensprung) herangezogen. Von den Ärzten, die Bettruhe empfohlen, gingen 72% und 56% von minimalem oder keinem Nutzen von Bettruhe aus. Die meisten Ärzte (84% und 86%) waren der Meinung, dass Bettruhe ein geringes bzw. kein Risiko für die Schwangere darstellte. (ebd.)

Des Weiteren findet sich in den Studienergebnissen, dass Bettruhe infolge verschiedenster Gründe nicht immer eingehalten wurde. Josten, Savik, Mullett, Campbell & Vincent (1995) realisierten eine deskriptive Studie mit 311 Risikoschwangeren, die verordnete Bettruhe hatten, um herauszustellen, wie häufig eine Nichteinhaltung von Bettruhe vorkam und worin die Gründe hierfür lagen: 33% befolgten Bettruhe nicht, 1% befolgten Bettruhe gelegentlich und 65,3% befolgten Bettruhe stets. Gründe der Nichtbefolgung (Nennung mehrerer Antworten pro Schwangere) umfassten bspw. zu

- 62% die Notwendigkeit der Kinderbetreuung,
- 40% das Fehlen eines subjektiven Krankheitsgefühls,
- 37% das Ausüben von Haushaltstätigkeiten,
- 17% eine mangelhafte Unterstützung (durch Familie/Partner),
- 9% die Notwendigkeit einer Berufsausübung.

Zudem konnte festgestellt werden, dass die Ergebnisse hinsichtlich der Einhaltung von Bettruhe nicht signifikant mit einem positiven Ausgang der Schwangerschaft korrelierten, wie im Anhang H zusammengefasst dargestellt ist. (ebd.)

Solche und weitere Beispiele wie diese unterstützen die Forderung von Forschern, sorgsamer das Risiko und den Nutzen hinsichtlich der Verordnung von Bettruhe abzuwägen. Zusammengefasst stehen dem Verordnen von Bettruhe also verschiedene Aspekte gegenüber: das in dieser Arbeit herausgestellte negative Erleben der Betroffenen, die Uneinigkeit hinsichtlich der Definition und Verordnung von Bettruhe, die Schwierigkeiten der Einhaltung von Bettruhe sowie die fehlende Evidenz des Nutzens von Bettruhe.

5.1 Betrachtung der Ergebnisse in Bezug auf das Pflegemodell der Adaption nach Callista Roy

Als Rückbezug auf den theoretischen Bezugsrahmen lässt sich diskutieren, inwieweit die in der Ergebnisdarstellung beschriebenen von Bettruhe Betroffenen sich in verschiedenen Modi der Adaption befanden und unter dem Einfluss fokaler, kontextueller und residualer Stimuli standen. Abschließend erfolgt eine Übertragung der Thematik auf die Pflege in Hinblick auf das Pflegemodell der Adaption.

Der physiologische Modus war insb. bei Schwangeren zu erkennen. Aufgrund der Bettruhe traten verschiedene Veränderungen körperlicher Funktionen auf. Da der Schwerpunkt dieser Arbeit nicht auf physiologischen Symptomen liegt, seien an dieser Stelle exemplarisch die oben beschriebenen Schlafstörungen der Schwangeren aufgeführt. Da durch einen veränderten Schlaf-Wach-Rhythmus das Gleichgewicht zwischen Ruhe und Aktivität gestört ist, können nach Roy in diesem Modus Reaktionen auftreten, wie bspw. die von Schwangeren beschriebene Müdigkeit. Bei Betrachtung des physiologischen Modus ist ebenso relevant, dass nach der Bettruhe möglicherweise weitere Reaktionen in Erscheinung treten, wie schnelle Erschöpfung in der Phase der Wiederaufnahme von Aktivitäten. Roy betrachtet im physiologischen Modus außerdem verschiedene Bedürfnisse des Individuums. Beispielhaft aufgeführt sei das Bedürfnis nach Schutz der Schwangeren, das bei einigen durch den Krankenhausaufenthalt befriedigt werden konnte.

Im Erleben der Schwangeren schien der Selbstkonzeptmodus einen hohen Stellenwert einzunehmen. Studienergebnisse zeigen, dass Schwangere bewusst eine Veränderung der Selbstwahrnehmung erkannten (z.B. fühlten Schwangere sich wie eine Gefangene). Roy gibt an, dass die Selbstwahrnehmung darüber hinaus auch aufgrund von Verhalten und Äußerungen von Mitmenschen gebildet wird. Insb. die Reaktionen von älteren Kindern (bspw. Abwendung von der Schwangeren und Zuwendung zu anderen Bezugspersonen) führten zu einer Verschiebung der eigenen Wahrnehmung der Schwangeren. Einigen Schwangeren erlaubte das Durchleben von Bettruhe, ihre psychische Integrität neu zu ordnen, da ihre im Übermaß vorhandene Zeit zum Nachdenken anregte und sie eigene Werte überdachten. Vor allem dieser Aspekt ist im Selbstkonzeptmodus für eine

gelungene Adaption von hoher Relevanz, da die eigene Integrität nach Roy die Grundlage für die Gesundheit darstellt. Aufgrund des von den Schwangeren erlebten Kontrollverlustes und des Verlustes des bisherigen Lebensstiles ist das Selbstbild der Schwangeren deutlich erschüttert und entfremdet worden. Dies legt die Vermutung nahe, dass eine Adaption im Sinne des Selbstkonzeptmodus die Schwangere vor erhebliche Herausforderungen stellt, da es die persönliche Integrität neu zu ordnen gilt.

Der Rollenverhaltensmodus zeigte sich in der vorangegangenen Ergebnisdarstellung bei allen Betroffenen als gewichtig. Die Möglichkeiten des Handelns der Schwangeren waren aufgrund der Bettruhe auffallend eingeschränkt, sodass ihr Adaptionniveau hier, den Umständen entsprechend, gering war. Die Schwangeren wurden in der Rollenausübung ihrer verschiedenen sozialen Rollen stark behindert oder sogar vollständig zurückgehalten. Es ist naheliegend, dass das unbefriedigte Bedürfnis der Rollenerfüllung zu weiteren (emotionalen) Reaktionen führt. Neben Frustration aufgrund der eigenen Inkompetenz wurden facettenreiche Sorgen (bspw. hinsichtlich der Kinderbetreuung) beschrieben, die aus der Rollenumkehrung resultierten. Es sind insb. vier Rollen der Schwangeren auszumachen, die nicht mehr in der Weise ausgeübt werden konnten, wie sie vor der Bettruhe gehandhabt wurden: Arbeitnehmerin, Ehefrau, Hausfrau und Mutter. Hinzu kam die Besorgnis, dass nach einer weiteren Situationsveränderung (nach der Geburt und nach Aufhebung der Bettruhe) eine Adaption an die geänderten Gegebenheiten mit Schwierigkeiten verbunden sein könnte. Bei den Partnern der Schwangeren zeigte sich ein anderes Bild des Rollenverhaltensmodus. Sie mussten neben ihren bisherigen sozialen Rollen weitere, neue Rollen übernehmen, die die Schwangeren aufgrund ihrer eingeschränkten Adaptionsfähigkeit nicht einnehmen konnten. Je nach Adaptionsfähigkeit der Männer gelang ihnen das Aneignen neuer Aufgaben mehr oder weniger unproblematisch. Aufgrund der von Männern beschriebenen Überlastung konkurrierender Pflichten waren Adaptionsschwierigkeiten im Rollenverhaltensmodus manifest. Auch älteren Kindern der Schwangeren gelang die Adaption in diesem Modus lediglich ambivalent. In Abhängigkeit zum subjektiven Erleben und Streben der Schwangeren konnten Beziehungen zu Mitpatientinnen oder Pflegenden entweder in positiver oder negativer Form etabliert werden.

Auch der Interpendenzmodus war bei allen Betroffenen ausdrucksstark: Es zeigte sich, dass bisherige Beziehungen (zwischen Schwangeren und Partnern, Kindern sowie weiblichen Verwandten) sich in ihren gegenseitigen Abhängigkeiten deutlich veränderten. Den Schwangeren war es aufgrund ihrer Bettruhe nicht möglich, ein Gleichgewicht zwischen der Unabhängigkeit und Abhängigkeit in ihren Beziehungen herzustellen. Sie waren im hohen Maße auf die Unterstützung anderer Personen angewiesen, da sie, wie zuvor beschrieben, ihre bisherigen Rollen abgeben mussten. Einige Schwangere erfuhren eine Reduktion an Sicherheit ihrer sozialen Beziehungen, da sie nur wenig Unterstützung erhielten. Auf der anderen Seiten wurde aufgrund gefestigter Beziehungen aber auch eine verstärkte Sicherheit empfunden.

Zusammenfassend beeinflussten die beiden ersten Modi (physiologischer Modus und Selbstkonzeptmodus) vorrangig das Adaptionniveau der Schwangeren. Die beiden letzten Modi (Rollenverhaltensmodus und Interpendenzmodus) beeinflussten neben dem Adaptionniveau der Schwangeren auch das der Familie. Inwieweit anpassungsforderndes, individuelles Handeln und Verhalten von den von Bettruhe Betroffenen möglich war, wurde wechselseitig durch die durch Bettruhe entstehenden Stimuli beeinflusst.

Eine differenzierte Betrachtung der fokalen und kontextuellen Stimuli ist ohne Hinzuziehung konkreter Fallbeispiele schwierig. Es lässt sich erörtern, dass die Diagnose der Risikoschwangerschaft und das Verordnen der Bettruhe mit der Wahrnehmung eines Schockes einhergingen. Diese plötzliche Konfrontation (fokaler Stimulus) brachte unmittelbare Reaktionen (Schock) mit sich. Gleichzeitig wirkten neben der eigentlichen Umweltveränderung (Bettruhe) weitere, kontextuelle Stimuli auf die Betroffenen ein: Bspw. beeinflusste die Sorge der Schwangeren hinsichtlich der Kinderbetreuung (als kontextueller Stimulus) den eigentlichen Umgang mit der Bettruhe (als fokaler Stimulus). Eine Adaption – und folglich die Reaktion – wurden aber auch durch die kontextuellen Stimuli beeinflusst. So zeigte sich in den Studien, dass Schwangere die verordnete Bettruhe oft nicht einhalten konnten, da Begleitumstände (kontextuelle Stimuli) sie in die Versuchung oder in die Not brachten, aktiver zu sein. Neben diesem Bezug auf den Selbstkonzept- und Rollenverhaltensmodus ließen sich fokale und kontextuelle Stimuli auch im Interpendenzmodus finden: In der Ergebnisdarstellung wurde

deutlich, dass Schwangere der Verlust der Unabhängigkeit und Eigenständigkeit Probleme bereitete. Dies lässt sich als fokaler Stimulus betrachten, da weitere, kontextuelle Stimuli begleitend herausgestellt wurden. Exemplarisch sei genannt, dass Schwangere die Sorge äußerten, dass ihre Partner eine zu große Verantwortung übernehmen mussten.

Verschiedene Studienergebnisse lassen zudem auf residuale Stimuli schließen. Betroffene äußerten bspw., dass eine bereits vorangegangene Risikoschwangerschaft ein Gefühl der Resignation bewirkte. Es zeigt sich, dass residuale Stimuli im Kontext der Thematik nicht bloß unbewusst Einfluss nahmen, sondern offensichtlich das Adaptionsniveau positiv oder negativ bedingten. Hier wird auch die von Roy geäußerte Schwierigkeit der Differenzierung der einzelnen Stimuli deutlich. Der residuale Stimulus (z.B. Vorerfahrungen mit einer Risikoschwangerschaft) wurde zu einem fokalen oder kontextuellen Stimulus, da Betroffene ihr Erleben (ihren residualen Stimulus) verbalisierten. Auf Grundlage dessen lässt sich die These aufstellen, dass die erstmaligen Erfahrungen mit Bettruhe auch im späteren Leben als residuale Stimuli auftreten könnten, da in den Studien z.B. Sorge hinsichtlich zukünftiger Schwangerschaften erkannt wurde. Als residualen Stimuli lassen sich außerdem die empfundenen Verluste ansehen, da davon auszugehen ist, dass die Schwangeren ein hohes Maß an Kontrolle über das eigene Leben anstrebten und demnach hohe Erwartungen (bspw. Ausfüllung der Rollen, s.o.) an sich selbst stellten.

Die Relevanz des Modelles für die Pflegepraxis in Bezug auf die Thematik dieser Arbeit kann wie folgt zusammengetragen werden: Im Sinne des physiologischen Modus gilt es für den Pflegenden einzuschätzen, welche aktuellen physischen Bedürfnisse die Schwangere mit Bettruhe hat. Exemplarisch ist das Bedürfnis nach Ruhe zu nennen: Pflegende haben Sorge zu tragen, häufige nächtliche Störungen (als fokaler/kontextueller Stimulus) zu vermeiden. Bei Beachtung der drei psychosozialen Modi fokussiert der Pflegende die Selbsteinschätzung, die Rollenwahrnehmung und die Beziehungsgestaltung der Schwangeren. Sobald mehr über die aktuelle Situation und die beteiligten Personen (z.B. Partner, Kinder) in Erfahrung gebracht worden ist, kann der Pflegende die Entscheidung treffen, ob ein Stimulus als fokal oder kontextuell bezeichnet werden kann. Der Terminus des residualen Reizes kann helfen, intuitive Wahrnehmungen des Pflegenden und

unsichere Einflüsse festzuhalten. (Schaeffer, 2008) Es ist zweifellos, dass der Pflegende bzgl. der eigentlichen Umweltveränderung – der verordneten Bettruhe – keinen Einfluss nehmen kann. Hilfreiche Interventionen wurden in Kapitel 4.2 genannt, die als Beeinflussung von Stimuli angesehen werden können. Das bedeutsamste Ziel der Anwendung der Elemente des Modelles in der Pflegepraxis im Kontext von Bettruhe in der Schwangerschaft lässt sich mit einem Zitat von Schaeffer (2008) zusammenfassen: „Pflege wird . . . definiert als Förderung der Adaption in jedem der vier Modi . . . , wodurch sie zur Gesundheit . . . beiträgt“ (ebd., S. 247).

Der Nutzen der Anwendung des Pflegemodelles der Adaption nach Roy im Kontext der Thematik dieser Arbeit lässt sich abschließend bestätigen. Bei Betrachtung der Ergebnisse von Kapitel 4 kann unter Hinzuziehung der Modi der Adaption ein übersichtliches Einordnen des komplexen Erlebens der Betroffenen erfolgen. Eine initiale Einschätzung der aktuellen Situation führt einen gelungenen Pflegeprozess im Sinne Roys an. Auch die Ergebnisdarstellung der Studien hinsichtlich der pflegerischen Bedeutung der Thematik bildet die pflegerische Bewertung der Situation der Schwangeren ab. Somit lässt bspw. diese Parallele schlussfolgern, dass das Pflegemodell der Adaption einer gelungenen Pflegepraxis hinsichtlich Schwangeren mit Bettruhe entspricht. Das Modell scheint kompliziert in der Anwendbarkeit für die alltägliche Pflegepraxis zu sein. Es birgt das Risiko von Missverständnissen. In Krankenhäusern der Vereinigten Staaten von Amerika, insb. in Nordamerika und Kanada, ist es jedoch bereits erfolgreich etabliert. (Akinsanya & Schmid, 1997) Schlussfolgernd kann aufgeführt werden, dass insb. das Einschätzen konkreter und komplexer Einzelfälle eine sinnvolle Anwendung ausmacht, da die Modi und die Einwirkungen der Stimuli individuell erlebt werden.

5.2 Kritische Erörterung der Unterstützungsmöglichkeiten

Mit Distanz zu den soeben diskutierten Aspekten hinsichtlich des Modelles der Adaption nach Roy lässt sich abschließend die pflegerische Bedeutung im Kontext der Bettruhe in der Schwangerschaft am Beispiel von konkreten Unterstützungsmöglichkeiten erörtern. Die gesonderte Betrachtung dieses Aspektes wurde bewusst ausgewählt, da die unzureichende Unterstützung von Betroffenen in der Ergebnisdarstellung besonders auffallend war.

Verschiedene Fachartikel bekräftigen die Nützlichkeit von Selbsthilfegruppen. So bestätigen bspw. Sharpe & Conron (2014) den Nutzen einer wöchentlichen Selbsthilfegruppe, die auf Förderung der Edukation, Sozialisation, Angstminderung und Stimmungsverbesserung hospitalisierter Schwangerer mit Bettruhe abzielt. In der Ergebnisdarstellung dieser Arbeit wurde deutlich, dass verschiedenste Stressoren nicht nur die Schwangere, sondern auch ihre Familienangehörigen maßgeblich beeinflussten, sodass das Einbeziehen dieser von hoher Relevanz ist. Hierzu entwickelten Thorman & McLean (2006) ein familienfokussiertes Unterstützungsprogramm für hospitalisierte Risikoschwangere mit Bettruhe. Das Programm umfasst vier Hauptbereiche: Edukation, Unterstützung, Entspannung/Freizeitgestaltung und Planung der Krankenhausentlassung. Bezugnehmend auf die Ergebnisse des Kapitels 4 lässt sich übertragen, dass diese Aspekte den Vorstellungen der Betroffenen und den Vorschlägen der Studien gerecht werden. Die Resultate des Unterstützungsprogrammes von Thorman & McLean (2006) sind zur weiteren Bestätigung dieser Schlussfolgerung in Anhang I aufgeführt. Neben der Einführung von Unterstützungsprogrammen ist auch das Etablieren von Edukationskursen zu nennen. Bspw. Soeffner & Hart (1998) berichten über das Unterrichten in 203 Klassen/Kursen, bestehend aus insgesamt 865 hospitalisierten Risikoschwangeren in einem Zeitraum von zwei Jahren. Der Edukationsbedarf wurde u.a. von Pflegenden ermittelt, sodass themenspezifische Unterrichtsstunden angeboten wurden, wie eine „bed rest survival class“ (ebd., S. 48). Außerdem wurden für die Schwangeren, die das Patientenzimmer nicht verlassen durften/konnten, spezielle Einzelkurse und wöchentliche Besuche vonseiten der Lehrpersonen arrangiert. (Soeffner & Hart, 1998)

Bei der weiterführenden Literaturrecherche wurde deutlich, dass andere Unterstützungsprogramme (bspw. ein ambulantes, krankenhausbasiertes Programm von Friest Dahlberg & Koloroutis (1994)) zwar für Risikoschwangere initiiert wurden, jedoch Bettruhe kein Hauptkriterium für die Aufnahme von Teilnehmerinnen darstellte. Dies induziert das weitere Etablieren von Unterstützungsprogrammen, die speziell von Bettruhe Betroffene ansprechen.

Neben den nachgewiesenen, positiven Effekten muss allerdings auch kritisch betrachtet werden, wie das Implementieren der Selbsthilfegruppen/Unterstützungsprogramme erfolgen kann. Pflegende im

Krankenhaus könnten potentielle Gruppenteilnehmerinnen identifizieren und in Absprache mit den behandelnden Ärzten zu der Selbsthilfegruppe einladen. Thorman & McLean (2006) betonen, dass aufgrund der Struktur ihres Programmes keine weiteren Pflegenden eingestellt werden müssten, sofern ein Programmkoordinator verfügbar ist. Allerdings ist eine Aufrechterhaltung regelmäßiger Gruppentreffen erschwert, sobald die Anzahl der Patientinnen mit Bettruhe abnimmt. (MacMullen, Dulski & Pappalardo, 1992) Um eine hohe Qualität der Unterstützung zu gewährleisten, bedarf es einer kontinuierlichen Angebotsbewertung. Für die weitere Förderung des Gruppenprozesses nutzten Sharpe & Conron (2014) und Soeffner & Hart (1998) daher das Ausfüllen von Evaluationsbogen seitens der Studienteilnehmerinnen.

Cunningham (2001) und Mackey & Coster-Schulz (1992) unterstreichen, dass aus der Gruppe des Fachpersonals Pflegende die häufigsten Kontaktpersonen der Schwangeren sind. Gleichzeitig fungieren sie als Verbindungsglied und nehmen somit eine vermittelnde Rolle im interdisziplinären Team ein. (Cunningham, 2001) Ferner gilt es zu beachten, dass Pflegende beide Perspektiven der Diskussion hinsichtlich des potentiellen Nutzens und Schadens von Bettruhe einnehmen müssen, da sie zum einen für das Wohlergehen der Schwangeren Sorge tragen müssen, zum anderen aber auch die Therapieverordnungen der Ärzte – wenngleich nicht unreflektiert – umsetzen sollten. (Maloni, 1998) Aufgrund dieser Aspekte werden Pflegende in der Literatur häufig auch als Patientenadvokat/Patientenfürsprecher betitelt. (Maloni, 1998, 2000, 2010; Richter, Parkes & Chaw-Kant, 2007; Scott-Findlay, 2004; Sprague, 2004; Stainton, 1994) Unter diesem Aspekt kann, bezogen auf Kapitel 4, bspw. auch der geforderte Beistand Pflegender hinsichtlich der Fragen, Ängste und Sorgen der Betroffenen sowie der Schuldgefühle der Schwangeren thematisiert werden.

5.3 Grenzen der vorliegenden Arbeit

Bei Betrachtung des Forschungsstandes hinsichtlich der Aspekte Schwangerschaft, Bettruhe und Pflege lässt sich zusammenfassen, dass alle in Kapitel 4 verwendeten 22 Forschungsarbeiten englischsprachig sind und 20 davon in den Vereinigten Staaten von Amerika konzipiert wurden. Bei einer Übertragung der Ergebnisse auf Deutschland muss daher beachtet werden, dass in Hinblick auf die Vereinigten

Staaten von Amerika einige Rahmenbedingungen variieren. So ist eine andere Gewichtung finanzieller Sorge der von Betruhe Betroffenen möglich, da Schwangere in Deutschland aufgrund der §§ 24c ff. SGB V und der gesetzlichen Krankenversicherung andere Unterstützungen erfahren als solche in anderen Ländern. Weiterhin kann die Vermutung aufgestellt werden, dass die in Kapitel 4 vorgestellten Stressoren der Betroffenen in Deutschland anders wahrgenommen werden könnten. Exemplarisch sei genannt, dass Schwangeren Unterstützung durch eine Haushaltshilfe (entsprechend § 24h SGB V) zusteht, sobald ihre Schwangerschaft eine Fortführung von Haushaltstätigkeiten unmöglich werden lässt und „eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann“ (Wasmund, 2016, Abschnitt 1). Um zusätzliche potentielle kultur- und gesellschaftsspezifische Unterschiede zu eruieren, gilt es, Studien in weiteren Ländern durchzuführen.

Bei dem methodischen Vorgehen wurde bewusst keine Eingrenzung hinsichtlich des Zeitraumes der Veröffentlichungen der Forschungsarbeiten vorgenommen. In der Ergebnisauswertung konnten auch keine signifikanten Unterschiede des Erlebens oder der pflegerischen Relevanz in Relation zum Erscheinungsjahr aufgedeckt werden. Da für den Ergebnisteil nur sieben Forschungsarbeiten genutzt werden konnten, die in den vergangenen zehn Jahren durchgeführt wurden, sind aktuellere Forschungen dennoch induziert. Außerdem konnten bestimmte Ergebnisse, wie bspw. der positive Effekt von Musiktherapie bei Schwangeren mit Betruhe, nicht unter weiterführenden Aspekten betrachtet werden, da hierzu keine vergleichende Literatur gefunden werden konnte.

Zudem ergeben sich Grenzen der Arbeit dadurch, dass, zum einen, eventuelle langfristige Effekte mütterlicher Betruhe auf deren Kinder nur am Rande betrachtet wurden, da sie, wie von Adler & Zarchin (2002) und Schroeder (1996) ebenfalls festgestellt worden ist, bislang kaum erforscht wurden. Zum anderen konnten auch die Auswirkungen auf den Partner der Schwangeren in dieser Arbeit nur auf Basis weniger Studienergebnisse betrachtet werden, woraus sich ein verstärkter Forschungsbedarf ergibt. Das umfassend durch Studien erforschte Themengebiet der somatischen Auswirkungen von Betruhe auf Schwangere wurde in dieser Arbeit nur sehr oberflächlich berücksichtigt. Diese Problematik könnte Gegenstand einer umfangreicheren Masterarbeit sein.

6 Abschließendes Fazit

Alle von Bettruhe Betroffenen erlebten eine Vielzahl von unterschiedlichen Emotionen und Reaktionen. Dabei erfuhren insb. die Schwangeren Veränderungen ihres bisherigen Lebens – darunter psychische oder physische Alternanz (z.B. depressive Symptomatik oder Erschöpfung), Rollenverschiebungen sowie Gefühle der Angst und Schuld, die durch das Setting der Einhaltung von Bettruhe (Krankenhaus/zuhause) maßgeblich beeinflusst wurden. Das Erleben der Partner der Schwangeren war primär durch Besorgnis und konkurrierende, selbstständig zu bewältigende Pflichten (Verantwortung) gekennzeichnet, die bislang nicht Aufgabe des Partners waren. Es wurden ambivalente Auswirkungen hinsichtlich bestehender Beziehungen des sozialen Umfeldes der Schwangeren ausgemacht. Das Erleben der von Bettruhe Betroffenen ist im Kontext des theoretischen Bezugsrahmens, dem Modell der Adaption nach Roy, zusammenfassend in Anhang J dargestellt.

Auf der Grundlage des Erlebens konnten verschiedene Aufgaben, Funktionen und Eigenschaften Pflegender ausgemacht werden, die allesamt auf die Unterstützung der von Bettruhe Betroffenen abzielen (siehe hierzu die folgende Abbildung 4).

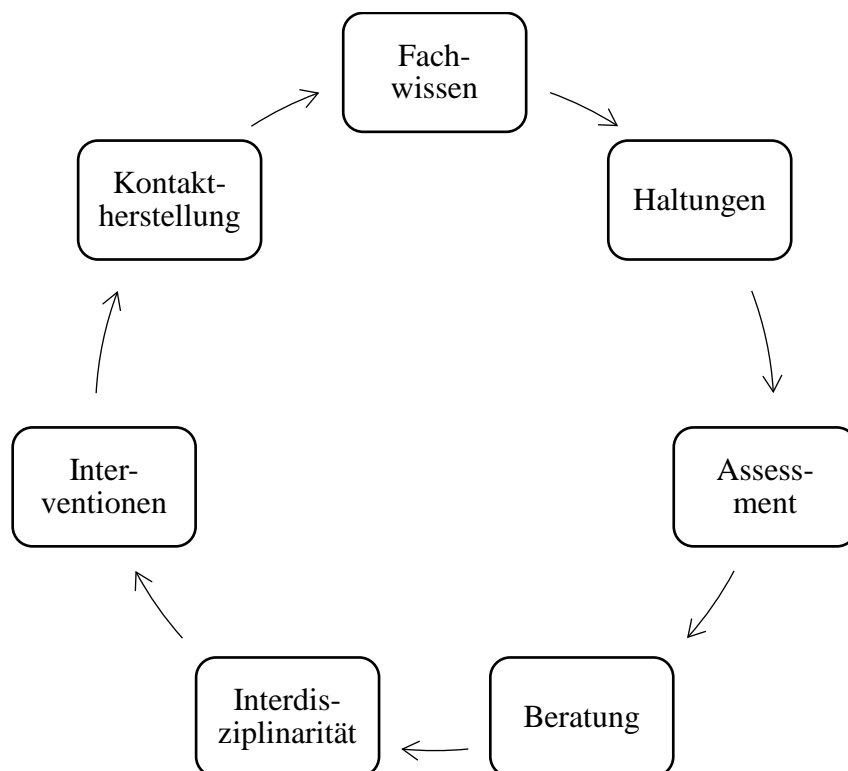


Abbildung 4: Zusammenfassung der pflegerischen Relevanz: Aufgaben/Funktionen/Eigenschaften Pflegender. Eigene Darstellung.

Abschließend wurde anhand von Beispielen herausgestellt, dass die Therapiemaßnahme der Bettruhe, trotz nachgewiesenen negativen Auswirkungen auf Betroffene sowie kaum belegter Evidenz, vielfach von Ärzten verordnet wird. Es lässt sich konkludieren, dass die Wirksamkeit dieser Maßnahme und ihre Folgen weiterhin erforscht werden müssen.

Schlussendlich bedarf es aufgrund des herausgestellten Unterstützungsbedarfes geeigneten Maßnahmen, die Betroffene unproblematisch erreichen können. Da dieses ein facettenreiches Spektrum (bspw. die Erfordernis von Edukation oder das Bedürfnis nach Sozialisation) umfasst, gilt es, von pflegerischer Seite aus Methoden zu etablieren, die vielseitige Bereiche abdecken. Infolgedessen scheinen patientennahe, spezifische Selbsthilfegruppen und Unterstützungsprogramme besonders gangbar zu sein, da sie neben einem umfassenden und allgemeinen Angebot die Möglichkeit eröffnen, auf individuelle Problemstellungen der Betroffenen einzugehen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung des menschlichen Adaptionssystems 9

Abbildung 2: Veränderung des Auftretens von Fatigue bei Frauen nach Bettruhe und Schwangerschaft im zeitlichen Verlauf 27

Abbildung 3: Durch Musik- oder Erholungstherapie veränderte Messergebnisse („ABEII“) im zeitlichen Verlauf (Intervention erfolgte zwischen T1 und T2) 47

Abbildung 4: Zusammenfassung der pflegerischen Relevanz:
Aufgaben/Funktionen/Eigenschaften Pflegender..... 58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Studiendesigns und weitere Angaben zu den 22 ausgewählten Forschungsarbeiten	13
Tabelle 2: Veränderung von Dysphorie im zeitlichen Verlauf	24
Tabelle 3: Messergebnisse des spirituellen Wohlergehens, der Angst und der Depression (gemessen durch die Assessmentinstrumente „ASAPSP“ und „SWBS“)	25
Tabelle 4: Schlafqualität hospitalisierter Schwangerer mit Bettruhe	26

Abkürzungsverzeichnis

„ABEII“ („Antepartum Bedrest Emotional Impact Inventory“)

„AHSI“ („Antepartum Hospital Stressors Inventory“)

„APSC“ („Antepartum/Postpartum Symptoms Checklist“)

„ASAPSP“ („Abbreviated Scale Of The Assessment Of Psychosocial Status In Pregnancy“)

Aufl. (Auflage)

Bd. (Band)

bspw. (beispielsweise)

bzw. (beziehungsweise)

ca. (circa)

„CES-D“ („Center For Epidemiologic Studies Depression Scale“)

ebd. (ebenda)

etc. (et cetera)

ff. (fortfolgend)

inkl. (inklusive)

insb. (insbesondere)

„MAACL-R“ („Multiple Affect Adjective Checklist“)

mind. (mindestens)

„POMS“ („Profile Of Mood States“)

S. (Seite)

s.o. (siehe oben)

sog. (sogenannt)

„STAI“ („State-Trait Anxiety Inventory“)

Suppl. (Supplement)

„SWBS“ („Spiritual Well-Being Scale“)

u.a. (unter anderem)

z.B. (zum Beispiel)

& (und)

Literaturverzeichnis

Adler, C. L., Zarchin, Y. R. (2002). The “virtual focus group”: Using the internet to reach pregnant women on home bed rest. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 31 (4), 418-427.

Akinsanya, J., Schmid, U. (1997). *Pflege nach Roy*. Nursing models in action series (Bd. 4.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Arslan H., Nilüfer K. (2005). The physical and psychological problems of hospitalized high-risk pregnant women in partial bed rest. *Perinatal Journal* 13 (2), 91-100.

Bauer, C. L., Victorson, D., Rosenbloom, S., Barocas, J., Silver, R. K. (2010). Alleviating distress during antepartum hospitalization: A randomized controlled trial of music and recreation therapy. *Journal of Women's Health* 19 (3), 523-531.

Behrens, J., Langer, G. (2010). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3., überarbeitete und ergänzte Aufl.). Pflegeforschung, Pflegepraxis. Bern: Huber.

Brandenburg, H., Panfil, E.-M., & Mayer, H. (2007). *Pflegewissenschaft* (1. Aufl.). Bern: Huber.

Cunningham, E. (2001). Coping with bed rest: Moving toward research-based nursing interventions. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines* 5 (5), 50-55.

Dunn, L. L., Handley, M. C., Shelton, M. M. (2007). Spiritual well-being, anxiety, and depression in antepartal women on bedrest. *Issues in Mental Health Nursing* 28 (11), 1235-1246.

Durham, R. F. (1999). Negotiating activity restriction: A grounded theory of home management of preterm labor. *Qualitative Health Research* 9 (4), 493-503.

Fox, N. S., Gelber, S. E., Kalish, R. B., Chasen, S. T. (2009). The recommendation for bed rest in the setting of arrested preterm labor and premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 200 (2), 165-167.

Friest Dahlberg, N. L., Koloroutis, M. (1994). Hospital-based perinatal home-care program. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 23 (8), 682-686.

Gallo, A.-M., Lee, K. A. (2008). Sleep characteristics in hospitalized antepartum patients. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 37 (6), 715-721.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)*. Zugriff am 13.6.2016. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1168/Mu-RL_2016-02-11_iK-2016-04-05.pdf

Gupton, A., Heaman, M., Ashcroft, T. (1997). Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 26 (4), 423-430.

Hamilton, B. E., Martin, J. A., Osterman, M. J. K., Curtin, S. C., Mathews, T. J. (2015). Births: Final data for 2014. *National Vital Statistics Reports* 64 (23), 1-64.

Heaman, M., Gupton, A. (1998). Perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: A comparison between home and hospital. *Birth* 25 (4), 252-258.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S. (Ed.). (2015). *NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015-2017* (1. Aufl.). Kassel: RECOM.

Josten, L. E., Savik, K., Mullett, S. E., Campbell, R., Vincent, P. (1995). Bedrest compliance for women with pregnancy problems. *Birth* 22 (1), 1-12.

Lederman, R. P., Boyd, E., Pitts, K., Roberts-Gray, C., Hutchinson, M., Blackwell, S. (2013). Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare* 4 (4), 133-138.

LoBiondo-Wood, G., Haber, J., Nohl, A. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl.). München, Jena: Elsevier, Urban und Fischer.

Mackey, M. C., Coster-Schulz, M. A. (1992). Women's views of the preterm labor experience. *Clinical Nursing Research* 1 (4), 366-384.

MacMullen, N., Dulski, L. A., Pappalardo, B. (1992). Antepartum vulnerability: Stress, coping, and a patient support group. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 6 (3), 15-25.

- Maloni, J. A. (1993). Bed rest during pregnancy: Implications for nursing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 22 (5), 422-426.
- Maloni, J. A. (1994). Home care of the high-risk pregnant woman requiring bed rest. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 23 (8), 696-706.
- Maloni, J. A. (1998). Averting the bed rest controversy. Preventive counseling can help avoid the issue. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines* 2 (4), 64, 61-63.
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research For Nursing* 12 (2), 106-124.
- Maloni, J. A., Brezinski-Tomasi, J. E., Johnson, L. A. (2001). Antepartum bed rest: Effect upon the family. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 30 (2), 165-173.
- Maloni, J. A., Chance, B., Zhang, C., Cohen, A. W., Betts, D., Gange, S. J. (1993). Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest. *Nursing Research* 42 (4), 197-203.
- Maloni, J. A., Kane, J. H., Suen, L.-J., Wang, K. K. (2002). Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: A longitudinal study. *Nursing Research* 51 (2), 92-99.

- Maloni, J. A., Kutil, R. M. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 25 (4), 204-210.
- Maloni, J. A., Park, S. (2005). Postpartum symptoms after antepartum bed rest. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 34 (2), 163-171.
- Maloni, J. A., Park, S., Anthony, M. K., Musil, C. M. (2005). Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. *Research in Nursing & Health* 28 (1), 16-26.
- Maloni, J. A., Ponder, M. B. (1997). Fathers' experience of their partners' antepartum bed rest. *Journal of Nursing Scholarship* 29 (2), 183-188.
- May, K. A. (1994). Impact of maternal activity restriction for preterm labor on the expectant father. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 23 (3), 246-251.
- May, K. A. (2001). Impact of prescribed activity restriction during pregnancy on women and families. *Health Care for Women International* 22 (1-2), 29-47.
- McCarty-Singleton, S., Sciscione, A. C. (2014). Maternal activity restriction in pregnancy and the prevention of preterm birth: An evidence-based review. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 57 (3), 616-627.
- PubPsych (2016). *About PubPsych*. Zugriff am 29.6.2016. Verfügbar unter: <https://pubpsych.zpid.de/pubpsych/about.jsp>

- Richter, M. S., Parkes, C., Chaw-Kant, J. (2007). Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patients. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 36 (4), 313-318.
- Roy, C. (2008). *The Roy Adaptation Model* (3. Aufl.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Rubarth, L. B., Schoening, A. M., Cosimano, A., Sandhurst, H. (2012). Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 41 (3), 398-407.
- Schaeffer, D. (Ed.). (2008). *Pflegetheorien: Beispiele aus den USA* (2., ergänzte Aufl.). Bern: Huber.
- Schroeder, C. A. (1996). Women's experience of bed rest in high-risk pregnancy. *Journal of Nursing Scholarship* 28 (3), 253-258.
- Schroeder, C. A. (1998). Bed rest in complicated pregnancy: A critical analysis. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 23 (1), 45-49.
- Scott-Findlay, S. (2004). Days of waiting. Bedrest with a twin pregnancy. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines* 8 (5), 480, 477-479.
- Sharpe, L., Conron, M. K. (2014). Making the most of bed rest: Weekly support group and education for hospitalized antepartum patients. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 43 (Suppl. 1), 10.

- Soeffner, M., Hart, M. A. (1998). Back to class. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines* 2 (3), 47-51.
- Sprague, A. E. (2004). The evolution of bed rest as a clinical intervention. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 33 (5), 542-549.
- Stainton, M. C. (1994). Supporting family functioning during a high-risk pregnancy. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines* 19 (1), 24-28.
- Thorman, K. E., McLean, A. (2006). While you are waiting: A family-focused antepartum support program. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 20 (3), 220-226.
- US National Library of Medicine, National Institutes of Health (2016). *PubMed*. Zugriff am 29.6.2016. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Wasmund, S. (2016). *Sozialgesetzbuch (SGB V). Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung: § 24h SGB V Haushaltshilfe*. Zugriff am 30.5.2016. Verfügbar unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/24h.html>
- Yang, M., Li, L., Zhu, H., Alexander, I. M., Liu, S., Zhou, W. et al. (2009). Music therapy to relieve anxiety in pregnant women on bedrest: A randomized, controlled trial. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines* 34 (5), 316-323.

Anhang

Anhang A: Abstufungen der Aktivitätsbeschränkung	71
Anhang B: Pflegerische Diagnostik von Aktivität und Ruhe	72
Anhang C: Weg der systematischen Literaturrecherche.....	73
Anhang D: Gesamtübersicht der einzelnen Forschungsarbeiten.....	78
Anhang E: Assessmentinstrumente der quantitativen Studien zum Erfassen des Erlebens.....	100
Anhang F: Die am häufigsten diskutierten Themen der Schwangeren in der Selbsthilfegruppe von Maloni & Kutil (2000).....	101
Anhang G: Erleben des Mannes	102
Anhang H: Ausgang der Schwangerschaft unter Betrachtung der Form der Bettruhe und der (Nicht-)Einhaltung von Bettruhe (Durchschnittswerte).....	103
Anhang I: Resultate des Programmes nach Thorman & McLean (2006), das auf Edukation, Unterstützung, Erholung/Freizeitgestaltung und Planung der Krankenhausentlassung abzielte	104
Anhang J: Zusammenfassung des Erlebens im Kontext der Modi der Adaption des Modelles nach Roy	105

Anhang A: Abstufungen der Aktivitätsbeschränkung. Aus „Maternal activity restriction in pregnancy and the prevention of preterm birth“ von McCarty-Singleton & Sciscione, 2014, *Clinical Obstetrics and Gynecology* 57 (3), S. 623. Modifiziert inkl. Kürzung.

Abstufungen der Aktivitätsbeschränkung	Definition
Leicht	<ul style="list-style-type: none"> - Eine Stunde oder weniger kontinuierliche Ruhe im Bett oder im Sitzen während des Wachseins - Kein Heben über 20 Kilogramm
Partiell	<ul style="list-style-type: none"> - Zwischen ein bis acht Stunden kontinuierliche Ruhe während des Wachseins - Keine Haushaltsaktivitäten - Kein Heben
Strikt	<ul style="list-style-type: none"> - Beschränkung auf den Aufenthaltsort - Den ganzen Tag liegend oder sitzend verbringen - Keine Haushaltsaktivitäten - Kein Heben

Anhang B: Pflegerische Diagnostik von Aktivität und Ruhe. Aus *The Roy Adaptation Model* (S. 186) von Roy, 2008, Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall. Modifiziert inkl. Kürzung.

Positive Indicators of Adaption	Common Adaption Problems	NANDA Diagnostic Labels
<ul style="list-style-type: none"> - Integrated processes of mobility - Effective sleep pattern - Effective environmental changes for altered sleep conditions 	<ul style="list-style-type: none"> - Restricted mobility - Inadequate pattern of activity and rest - Sleep deprivation - Potential for sleep pattern disturbance 	<ul style="list-style-type: none"> - Sleep deprivation - Fatigue

Anhang C: Weg der systematischen Literaturrecherche. Eigene Darstellung.

Datum der Suche	Datenbank bzw. Suchportal	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Treffer
21.02.2016	PubMed	„Pregnancy“[Mesh]	778.924
21.02.2016	PubMed	„Pregnancy“[Mesh] AND „Bed Rest“[Mesh]	404
21.02.2016	PubMed	„Pregnancy“[Mesh] AND „Bed Rest“[Mesh] AND „Psychology“[Mesh]	2
21.02.2016	PubMed	„Pregnancy“[Mesh] AND „Bed Rest“[Mesh] AND („Psychology“[Mesh] OR emotion*)	16
21.02.2016	PubMed	„Pregnancy“[Mesh] AND „Bed Rest“[Mesh] AND („Psychology“[Mesh] OR emotion* OR experience)	36
21.02.2016	PubMed	„Pregnancy“[Mesh] AND „Bed Rest“[Mesh] AND („Psychology“[Mesh] OR emotion* OR experience OR feel*)	44
21.02.2016	PubMed	„Pregnancy“[Mesh] AND „Bed Rest“[Mesh] AND („Psychology“[Mesh] OR emotion* OR experience OR feel* OR sense)	45
21.02.2016	PubMed	„Pregnancy“[Mesh] AND „Bed Rest“[Mesh] AND („Psychology“[Mesh] OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment)	45

Datum der Suche	Datenbank bzw. Suchportal	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Treffer
21.02.2016	PubMed	„Pregnancy“[Mesh] AND „Bed Rest“[Mesh] AND („Psychology“[Mesh] OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience)	45
21.02.2016	PubMed	(„Pregnancy“[Mesh] OR gestation) AND „Bed Rest“[Mesh] AND („Psychology“[Mesh] OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience)	45
21.02.2016	PubMed	(„Pregnancy“[Mesh] OR gestation OR gravidity) AND „Bed Rest“[Mesh] AND („Psychology“[Mesh] OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience)	45
21.02.2016	PubMed	(„Pregnancy“[Mesh] OR gestation OR gravidity OR childbearing) AND „Bed Rest“[Mesh] AND („Psychology“[Mesh] OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience)	45
21.02.2016	PubMed	(„Pregnancy“[Mesh] OR gestation OR gravidity OR childbearing) AND „Bed Rest“[Mesh] AND („Psychology“[Mesh] OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience) AND nurs*	21

Datum der Suche	Datenbank bzw. Suchportal	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Treffer
23.02.2016	LIVIVO	MESH=pregnancy	781.648
23.02.2016	LIVIVO	MESH=pregnancy AND MESH=(bed rest)	405
23.02.2016	LIVIVO	MESH=pregnancy AND MESH=(bed rest) AND MESH=psychology	38
23.02.2016	LIVIVO	MESH=pregnancy AND MESH=(bed rest) AND (MESH=psychology OR emotion*)	40
23.02.2016	LIVIVO	MESH=pregnancy AND MESH=(bed rest) AND (MESH=psychology OR emotion* OR experience)	90
23.02.2016	LIVIVO	MESH=pregnancy AND MESH=(bed rest) AND (MESH=psychology OR emotion* OR experience OR feel*)	90
23.02.2016	LIVIVO	MESH=pregnancy AND MESH=(bed rest) AND (MESH=psychology OR emotion* OR experience OR feel* OR sense)	91
23.02.2016	LIVIVO	MESH=pregnancy AND MESH=(bed rest) AND (MESH=psychology OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment)	92
23.02.2016	LIVIVO	MESH=pregnancy AND MESH=(bed rest) AND (MESH=psychology OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentence)	92

Datum der Suche	Datenbank bzw. Suchportal	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Treffer
23.02.2016	LIVIVO	(MESH=pregnancy OR gestation) AND MESH=(bed rest) AND (MESH=psychology OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience)	93
23.02.2016	LIVIVO	(MESH=pregnancy OR gestation OR gravity) AND MESH=(bed rest) AND (MESH=psychology OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience)	93
23.02.2016	LIVIVO	(MESH=pregnancy OR gestation OR gravity OR childbearing) AND MESH=(bed rest) AND (MESH=psychology OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience)	94
23.02.2016	LIVIVO	(MESH=pregnancy OR gestation OR gravity OR childbearing) AND MESH=(bed rest) AND (MESH=psychology OR emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience) AND nurs*	33
28.02.2016	LIVIVO	MESH=pregnancy AND MESH=(bed rest/psychology)	38
04.03.2016	LIVIVO	Betruhe AND Schwanger*	51
23.02.2016	PubPsych	pregnancy	8.811
23.02.2016	PubPsych	pregnancy AND bed rest	14
23.02.2016	PubPsych	pregnancy AND bed rest AND nurs*	10
07.04.2016	CINAHL	pregnancy	110.104

Datum der Suche	Datenbank bzw. Suchportal	Schlagwörter mit Verknüpfungen und Eingrenzungen	Treffer
07.04.2016	CINAHL	pregnancy AND bed rest AND emotion*	18
07.04.2016	CINAHL	pregnancy AND bed rest AND emotion* OR experience	29
07.04.2016	CINAHL	pregnancy AND bed rest AND emotion* OR experience OR feel*	34
07.04.2016	CINAHL	Pregnancy AND bed rest AND emotion* OR experience OR feel* OR sense	34
07.04.2016	CINAHL	pregnancy AND bed rest AND emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment	34
07.04.2016	CINAHL	pregnancy AND bed rest AND emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience)	34
07.04.2016	CINAHL	pregnancy AND bed rest AND emotion* OR experience OR feel* OR sense OR sentiment OR sentience) AND nurs*	15
07.04.2016	CINAHL	pregnancy AND bed rest AND nurs*	51

Anhang D: Gesamtübersicht der einzelnen Forschungsarbeiten. Eigene Darstellung.

Adler, C. L., Zarchin, Y. R. (2002). The “virtual focus group”: Using the internet to reach pregnant women on home bed rest.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie erleben Schwangere Bettruhe (aufgrund frühzeitiger Wehentätigkeit) zuhause? - Wie ist die Effektivität einer virtuellen Fokusgruppe für das Sammeln qualitativer Daten? - Ist eine virtuelle Fokusgruppe als Online-Selbsthilfegruppe für Schwangere mit Bettruhe zuhause geeignet? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gezielte Stichprobe: n = 7 (Schwangere, die zuhause aufgrund frühzeitiger Wehen mit Bettruhe behandelt wurden) - Rekrutierung: Perinatalzentrum einer großen Gesundheitsorganisation (im Norden Kaliforniens) - Durchführung: Internet (Diskussionsforum für Risikoschwangere)
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Explorativ - Deskriptiv - Online-Fokusgruppe: Fragen der Forscher per E-Mail 	<ul style="list-style-type: none"> - Drei Hauptkategorien: Erleben von Bettruhe zuhause <ol style="list-style-type: none"> 1) Effekt von Bettruhe auf das eigene Leben (Beginn der Bettruhe; Mangel an Kontrolle und Aktivitäten; Veränderung der Identität und sozialen Rolle; Bewältigung und persönliches Wachstum; Ende der Bettruhe) 2) Effekt von Bettruhe auf Beziehungen zu anderen (Fötus und ältere Kinder; Ehemann und Familienmitglieder)

Arslan H., Nilüfer K. (2005). The physical and psychological problems of hospitalized high-risk pregnant women in partial bed rest.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Welche somatischen/psychischen Probleme haben hospitalisierte Risikoschwangere in partieller Bettruhe? 	<ul style="list-style-type: none"> - n = 52 (hospitalisierte Risikoschwangere über der 16. Schwangerschaftswoche mit partieller Bettruhe seit mind. fünf Tagen) - Setting: Krankenhaus (in Istanbul)
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Quantitativ/qualitativ - Fragebogen: „Antepartum Symptom Report“ - Assessmentinstrument: „AHSI“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Leichte Stimmungsschwankungen - Häufigster Stressor: Sorge um den Fötus - Psychosoziale Symptome korrelierten mit dem Alter, den Charakteristiken der Grunderkrankung und den physischen Symptomen - Hospitalisierte Risikoschwangere erlebten einige Probleme - Bei geplanter Schwangerschaft verstärkt negatives Erleben <p>→ Pflegende müssen Probleme bei Bettruhe kennen, um die Gesundheit von Fötus und Mutter zu fördern</p>

Bauer, C. L., Victorson, D., Rosenbloom, S., Barocas, J., Silver, R. K. (2010). Alleviating distress during antepartum hospitalization: A randomized controlled trial of music and recreation therapy.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist die Effektivität einer einzelnen Sitzung musik- oder erholungstherapeutischer Intervention, um Distress von hospitalisierten Risikoschwangeren zu reduzieren (vor der Geburt)? 	<ul style="list-style-type: none"> - n = 80 (hospitalisierte Risikoschwangere, davon 18 in strikter und 62 in partieller Bettruhe) <ul style="list-style-type: none"> o Musiktherapie: n = 19 o Erholungstherapie: n = 19 o Kontrollgruppe: n = 42 - Setting: Vorort eines Lehrkrankenhauses mit einem regionalen Perinatalzentrum (mittlerer Westen der Vereinigten Staaten von Amerika)
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Randomisierte kontrollierte Studie - Einfach verblindet - Assessmentinstrument: „ABEII“ - Messungen: vor und nach einer Sitzung (Dauer: eine Stunde) der Intervention, im Follow-Up nochmals zwischen 48-72 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelne Sitzung von musik- oder erholungstherapeutischer Intervention verbesserte Distress von hospitalisierten Risikoschwangeren

Dunn, L. L., Handley, M. C., Shelton, M. M. (2007). Spiritual well-being, anxiety, and depression in antepartal women on bedrest.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - In welchem Zusammenhang stehen spirituelles Wohlergehen, Depression und Angst bei Schwangeren mit Bettruhe (vor der Geburt)? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelegenheitsstichprobe: n = 180 <ul style="list-style-type: none"> o Nichtschwangere: n = 60 o Normalschwangere: n = 60 o Risikoschwangere mit Bettruhe (mind. seit sieben Tagen Bettruhe): n = 60 - Rekrutierung: Südosten der Vereinigten Staaten von Amerika
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Quantitativ - Korrelationsstudie (Angst, Depression, spirituelles Wohlergehen) - Deskriptiv - Assessmentinstrumente: „ASAPSP“, „SWBS“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Risikoschwangere mit Bettruhe hatten das höchste Level an Angst und Depression und das niedrigste Level an spirituellem Wohlergehen

Durham, R. F. (1999). Negotiating activity restriction: A grounded theory of home management of preterm labor.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie erleben Frauen häusliches Management von frühzeitigen Wehen und was sind Strategien der Bewältigung von Problemen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelegenheitsstichprobe: n = 25 (Schwangere, die aufgrund frühzeitiger Wehen zuhause mit Bettruhe behandelt wurden) - Rekrutierung: vorgeburtliche Stationen
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Grounded Theory (inkl. theoretical sampling) - Interviews: halbstrukturiert, zuhause, Follow-Up 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwangere erlebten drei Phasen (Diagnosestellung, Verhandlung, Vorbereitung auf die Geburt) - Drei Hauptstrategien im Umgang mit Bettruhe: <ol style="list-style-type: none"> 1) Austesten 2) Widersetzen 3) Selbsttäuschung

Gallo, A.-M., Lee, K. A. (2008). Sleep characteristics in hospitalized antepartum patients.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Was sind Eigenschaften des Schlags bei hospitalisierten Schwangeren (vor der Geburt)? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelegenheitsstichprobe: n = 39 (hospitalisierte Schwangere vor der Geburt) <ul style="list-style-type: none"> o Bettruhe mit Erlaubnis zum Duschen (75%) o Bettruhe mit Badbenutzung (23%) o Strikte Bettruhe (2%) - Setting: Tertiärkrankenhaus (im Süden Kaliforniens)
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Quantitativ/qualitativ - Assessmentinstrument: „GSDS“ - Aktigraphie zur Analyse des Schlaf-Wach-Rhythmus (am 3. bis 4. Tag nach Aufnahme) - Schlafstagebuch zum Erfassen von Aufwachen am Morgen, Fatigue am Abend - Messung über 48 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwangere schliefen durchschnittlich zwei Stunden über Tag - Häufige Unterbrechungen während der Nacht verhinderten, dass Schwangere einen erholsamen Schlaf erhielten

Gupton, A., Heaman, M., Ashcroft, T. (1997). Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant woman.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie erleben Risikoschwangere lang andauernde Bettruhe? 	<ul style="list-style-type: none"> - Zielgerichtete Stichprobe: n = 24 (Risikoschwangere mit Bettruhe von sieben bis 50 Tagen) - Rekrutierung: vorgeburtliche Station eines Akutkrankenhauses; ambulantes, vorgeburtliches Programm
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Fokussiert ethnographisch - Interviews - Tagebücher - Felddaten 	<ul style="list-style-type: none"> - Stressoren: <ol style="list-style-type: none"> 1) Situation: Rolle einer Kranken; Mangel an Kontrolle; Unsicherheit; Sorge bzgl. fetalen Wohlergehens; des Wartens leid sein 2) Umwelt: sich selbst als Gefangene wahrnehmen; Langeweile; Gefühl des Verpassens 3) Familie: Rollenumkehrung; Kinderbetreuung 4) Soziale Unterstützung: Familie; Freunde; Fachpersonal - Bewältigung: positive Haltung; beschäftigt bleiben

Heaman, M., Gupton, A. (1998). Perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: A comparison between home and hospital.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist die Wahrnehmung von Bettruhe bei Risikoschwangeren zuhause bzw. im Krankenhaus? 	<ul style="list-style-type: none"> - Zielgerichtete Stichprobe: n = 24 (Schwangere mit Bettruhe seit mind. sieben Tagen) - Rekrutierung: vorgeburtliche Station in einem Tertiärkrankenhaus; ambulantes, vorgeburtliches Programm (im Westen Kanadas)
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Fokussiert ethnographisch - Interviews: halbstrukturiert - Tagebücher 	<ul style="list-style-type: none"> - Im Krankenhaus: mehr Stress aufgrund von räumlicher Trennung; Mangel an Privatsphäre; Unbehagen im Krankenhaus; Zimmergenossinnen - Zuhause: Rollenumkehrung; Versuchung, aktiver zu sein, als empfohlen wurde - Verstärkt durch Hospitalisation: Sorge (Kinder, Gefühl des Verpassens, Gefühl der Beschränkung); sich selbst als Gefangene wahrnehmen; Langeweile; Depression; Einsamkeit; negativer Einfluss auf die Beziehung zum Partner <p>→ Es sollten mehr ambulante Programme angeboten werden</p>

Lederman, R. P., Boyd, E., Pitts, K., Roberts-Gray, C., Hutchinson, M., Blackwell, S. (2013). Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Was sind Erfahrungen von hospitalisierten Schwangeren mit Bettruhe zur Prävention von Frühgeburt? - Was sind Auswirkungen auf die pränatale mütterliche Entwicklung? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelegenheitsstichprobe: n = 41 (Schwangere mit Bettruhe zur Prävention von Frühgeburt) - Setting: akademisches, medizinisches Tertiärzentrum (im Südwesten der Vereinigten Staaten von Amerika)
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Interviews: halbstrukturiert (basierend auf: „Interview Schedules for Dimensions of Maternal Development in Psychosocial Adaption to Pregnancy“), Transkribieren - Felddaten 	<ul style="list-style-type: none"> - Fünf Themen auf Grundlage der Erzählungen der Schwangeren <ol style="list-style-type: none"> 1) Akzeptanz, jedoch Angst bzgl. fetaler/mütterlicher Gesundheit 2) Stärkere Identifizierung mit Elternrolle 3) Gestärkte Mutter-Tochter Bindung durch Risikoschwangerschaft 4) Verbesserte Unterstützung/Zusammenarbeit des Paares 5) Akzeptanz der Verantwortung bzgl. bestehender Schwangerschaft/Wehen; Wille, Hilfe von Fachpersonal anzunehmen

Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth.	
Fragestellung	Design & Datenerhebung
<ul style="list-style-type: none"> - Ist Evidenz bzgl. des Verordnens von Bettruhe vorhanden? - Was sind physiologische, verhaltensbezogene und erlebensbezogene negative Effekte von Bettruhe? - Was wäre eine mögliche, andere Therapieoption als Bettruhe? - Wie können Schwangere und ihre Neugeborene nach der Geburt unterstützt werden? 	<ul style="list-style-type: none"> - Review <ul style="list-style-type: none"> ○ 26 Artikel über physiologische, verhaltensbezogene und erlebensbezogene negative Effekte von Bettruhe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fünf Studien über depressive Symptomatik ▪ 14 Studien über das Erleben von Bettruhe ○ 17 Artikel, die stationäres und ambulantes Setting vergleichen ○ Fünf randomisierte kontrollierte Studien über Effektivität von Bettruhe ○ Vier Artikel über ärztlichen Gebrauch des Verordnens von Bettruhe

Maloni, J. A., Brezinski-Tomasi, J. E., Johnson, L. A. (2001). Antepartum bed rest: Effect upon the family.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting/Rekrutierung
<ul style="list-style-type: none"> - Was sind die Effekte von Schwangeren mit Bettruhe auf die Familie? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nationale Zufallsstichprobe: n = 89 (Schwangere mit Bettruhe zuhause/im Krankenhaus) - Rekrutierung: Selbsthilfegruppe für Risikoschwangerschaften
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Fragebogen: offene Antworten 	<ul style="list-style-type: none"> - Verantwortung; Angst (fetales/mütterliches Wohlergehen) - Kinderbetreuung: negative Reaktionen der Kinder; Sorge um die Qualität der Erzieher - Finanzielle Schwierigkeiten - Unterstützung: instrumentell, emotional, unzuverlässig - Wenig Unterstützung durch Fachpersonal - Gesamte Familie sowie finanzielle Situation erfuhren negative Beeinflussung (trotz Unterstützung)

Maloni, J. A., Chance, B., Zhang, C., Cohen, A. W., Betts, D., Gange, S. J. (1993). Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Was sind physische und psychosoziale Effekte von Bettruhe (vor der Geburt) bei Schwangeren und gibt es Unterschiede zu Schwangeren, die keine Bettruhe haben? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelegenheitsstichprobe: n = 35 Schwangere <ul style="list-style-type: none"> o Keine Bettruhe: n = 18 o Partielle Bettruhe: n = 7 o Strikte Bettruhe: n = 10 - Setting: keine Angabe
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Quantitativ <ul style="list-style-type: none"> 1) Assessmentinstrumente: „Activities of Daily Living (ADL)“; „APSC“; „ASHI“; „Dysphoria raw scale“; „MAACL-R“ sowie weitere, die nicht das Erleben messen - Messzeitpunkte: während der Schwangerschaft und danach (direkt nach der Geburt sowie zwei, vier und sechs Wochen später) 	<ul style="list-style-type: none"> - Die negativen Effekte von Bettruhe standen in direkter Verbindung mit der Form der Bettruhe

Maloni, J. A., Kane, J. H., Suen, L.-J., Wang, K. K. (2002). Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: A longitudinal study.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie äußert sich Dysphorie (Zusammenschluss negativer Empfindungen) vor und nach der Geburt? - Wie ist die Beziehung zwischen Dysphorie und der Länge von Bettruhe? - Was sind mütterliche und fetale Kennzeichen von Risiko? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelegenheitsstichprobe: n = 63 (Risikoschwangere mit Bettruhe) - Setting: drei Universitätskrankenhäuser
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Quantitativ - Längsschnittstudie - Assessmentinstrumente: <ol style="list-style-type: none"> 1) „MAACL-R“; „Hobel and Creasy Risk Assessment“, um Risikostatus der Schwangerschaft zu messen 	<ul style="list-style-type: none"> - Dysphorie war zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme am höchsten und nahm mit der Zeit ab - Dysphorie war bei Schwangeren mit höherem „Hobel Risk“ (Assessment zur Einschätzung des Risikostatus der Schwangeren) stärker ausgeprägt - Dysphorie (vor der Geburt) korrelierte nicht mit der Dauer von Bettruhe

Maloni, J. A., Kutil, R. M. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Was sind die am häufigsten spontan diskutierten Themen von hospitalisierten Risikoschwangeren mit Bettruhe während einer vorgeburtlichen Selbsthilfegruppe? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelegenheitsstichprobe: n = 27 (Risikoschwangere mit Bettruhe) - Setting: Tertiärkrankenhaus (eines Staates im mittleren Westen der Vereinigten Staaten von Amerika)
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Deskriptiv - Explorativ - Inhaltsanalysen - 13 Sitzungen (wöchentlich) einer unstrukturierten, nichtweisenden Selbsthilfegruppe 	<ul style="list-style-type: none"> - Sieben Diskussionsthemen: <ol style="list-style-type: none"> 1) Methoden der Bewältigung 2) Sorge bzgl. der Familie 3) Negative Emotionen 4) Beziehungen zu Fachpersonal 5) Psychosoziale Verluste 6) Nebeneffekte (medikamentöse Behandlung) 7) Sorge bzgl. der eigenen Sicherheit und des fetalen Wohlergehens → Eine Selbsthilfegruppe kann Schwangere unterstützen

Maloni, J. A., Park, S. (2005). Postpartum symptoms after antepartum bed rest.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist die Art und Häufigkeit von Symptomen nach Bettruhe nach der Geburt (innerhalb von sechs Wochen)? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelegenheitsstichprobe: n = 106 (Einlingsschwangere mit Bettruhe) - Setting: drei perinatale Tertiärkrankenhäuser (in zwei Städten des mittleren Westens der Vereinigten Staaten von Amerika)
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Quantitativ - Längsschnittstudie - Assessmentinstrument: „Postpartum Symptom Checklist“ - Messzeitpunkte: sieben Zeitpunkte während sechs Wochen nach der Geburt (zwei Tage vor Krankenhausentlassung, danach wöchentlich) 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptome waren zu Beginn der Messungen am stärksten und nach einer Woche schnell abnehmend - Länge der Bettruhe korrelierte mit der Anzahl der Symptome in Woche eins, zwei, drei, vier, fünf und sechs - Symptome nahmen nach der Geburt über die Zeit ab - Morbidität war auch sechs Wochen nach der Geburt noch nicht überwunden

Maloni, J. A., Park, S., Anthony, M. K., Musil, C. M. (2005). Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Sind bereits vorhandene Studienergebnisse bzgl. depressiver Symptomatik von Schwangeren mit Bettruhe mit entsprechenden Assessmentinstrumenten replizierbar? 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelegenheitsstichprobe: n = 89 (Schwangere mit Bettruhe, davon 37 stationär für vier Wochen) - Setting: keine Angabe
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Assessmentinstrumente: „CES-D“; „MAACL-R“; „POMS“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Depressive Symptomatik war bei Aufnahme hoch (gemessen mit allen drei Instrumenten) und nahm danach signifikant ab (gemessen mit „MAACL-R“ und „POMS“) - Studie unterstützt die Ergebnisse vorhandener Studien

Maloni, J. A., Ponder, M. B. (1997). Fathers' experience of their partners' antepartum bed rest.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Was sind väterliche Sorge, Stressoren, Probleme und was für eine Unterstützung hatten Männer, wenn ihre Partnerinnen verordnete Bettruhe zuhause oder im Krankenhaus (oder in beiden Settings) hatten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nichtzufällige Stichprobe: n = 59 (Männer, die eine Selbsthilfegruppe für Betroffene bzgl. Bettruhe in der Schwangerschaft kontaktiert hatten) - Setting: keine Angabe
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Deskriptiv - Retrospektiv - Fragebogen per E-Mail: offene Antworten 	<ul style="list-style-type: none"> - Mehrere Rollen; emotionale Reaktionen; für die Schwangere Sorge tragen - Sorge bzgl. fetalen/mütterlichen Wohlergehens - Bewältigung: konkrete Hilfe; Veränderung von kognitiven, verhaltensbezogenen und emotionalen Reaktionen; Sorge verbalisieren - Geringe Unterstützung durch Fachpersonal → Familienorientierte Pflege notwendig

May, K. A. (1994). Impact of maternal activity restriction for preterm labor on the expectant father.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist die Auswirkung der Bettruhe der Schwangeren (aufgrund drohender Frühgeburt) auf den werdenden Vater? 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstgewählte Stichprobe: n = 30 (männliche Partner von Schwangeren mit Bettruhe) <ul style="list-style-type: none"> o Zum Zeitpunkt zwei Wochen nach Beginn der Bettruhe: n = 15 o Zum Zeitpunkt ein bis zwei Jahre nach Erfahrungen mit Bettruhe: n = 15 - Setting: keine Angabe
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Messzeitpunkt in Phase eins: zwei halbstrukturierte Interviews (erstes: während der Phase der Bettruhe; zweites: nach der Geburt) - Messzeitpunkt in Phase zwei: ein halbstrukturiertes Interview in einer Fokusgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> - Fünf Hauptthemen <ol style="list-style-type: none"> 1) Geringe Unterstützung durch Fachpersonal 2) Gefühl, mit der Erfahrung alleine zu sein 3) Gefühl, isoliert zu sein 4) Schock; allgegenwärtige Sorge 5) Distress aufgrund Verantwortung (Familie; Haushalt)

May, K. A. (2001). Impact of prescribed activity restriction during pregnancy on women and families.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Einfluss von verordneter Bettruhe während der Schwangerschaft auf Schwangere und deren Familien? 	<ul style="list-style-type: none"> - Vier Kohorten: n = 127 (Schwangere: n = 58; Partner: n = 42; Fachpersonal: n = 27) <ol style="list-style-type: none"> 1) Schwangere (n = 23) & Partner (n = 15): derzeitige Bettruhe 2) Schwangere (n = 23) & Partner (n = 21): Bettruhe während der vergangenen zwei Jahre 3) Schwangere (n = 12) & Partner (n = 6): Bettruhe während des vergangenen Jahres 4) Ärzte (n = 16) & Krankenpflegende (n = 11) - Setting: keine Angabe
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Grounded Theory - Interviews: halbstrukturiert - Felddaten 	<ul style="list-style-type: none"> - Haltung der Familie: das Beste tun, wozu die Familie im Stande ist - Emotionaler Distress - Familienstörung - Zurechtkommen vs. an der Grenze sein - Sorge: zukünftige Schwangerschaften, finanzielle Situation

Rubarth, L. B., Schoening, A. M., Cosimano, A., Sandhurst, H. (2012). Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist die erlebte Erfahrung von hospitalisierten Schwangeren mit Bettruhe? 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstgewählte Gelegenheitsstichprobe: n = 11 (hospitalisierte Risikoschwangere mit Bettruhe) - Setting: drei Risikoschwangerschafts-Zentren (im mittleren Westen der Vereinigten Staaten von Amerika)
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Phänomenologisch - Thematische Analysen: handgeschriebene Notizbücher oder Online-Blogs 	<ul style="list-style-type: none"> - Drei Kategorien von Krieg: <ol style="list-style-type: none"> 1) Der Krieg im Inneren 2) Jede Schlacht kämpfen 3) Verstärkung erbringen - Schwangere erlebten viele verschiedene Emotionen und Stressoren während der Bettruhe

Schroeder, C. A. (1996). Women's experience of bed rest in high-risk pregnancy.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie erleben Schwangere Bettruhe in der Risikoschwangerschaft? 	<ul style="list-style-type: none"> - n = 12 (Risikoschwangere, mind. 20 Stunden Bettruhe pro Tag seit mind. drei Wochen) - Rekrutierung: westlicher Staat der Vereinigten Staaten von Amerika
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ - Interview 	<ul style="list-style-type: none"> - Physische, emotionale, familiäre, ökonomische Not - Bewältigung: finanzielle Rücklagen; Versicherungen; unterstützende Verwandte

Yang, M., Li, L., Zhu, H., Alexander, I. M., Liu, S., Zhou, W. et al. (2009). Music therapy to relieve anxiety in pregnant women on bedrest: A randomized, controlled trial.	
Fragestellung	Stichprobe & Setting
<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Effekt von Musiktherapie hinsichtlich der Linderung von Angst bei Schwangeren mit Bettruhe (vor der Geburt)? 	<ul style="list-style-type: none"> - n = 120 (Schwangere mit Bettruhe) - Setting: Tertiärkrankenhaus (in China, Changsha City)
Design & Datenerhebung	Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Randomisierte kontrollierte Studie - Intervention: Musiktherapie für 30 Minuten an drei aufeinanderfolgenden Tagen - Assessmentinstrument: „STAI“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Angstlevel nahm in der Interventionsgruppe ab - Physiologische Aspekte haben sich verbessert <p>→ Musiktherapie (mit selbst gewählter Musik) bietet eine kostengünstige, effektive Methode, um Angst bei Schwangeren mit Bettruhe zu reduzieren</p>

Anhang E: Assessmentinstrumente der quantitativen Studien zum Erfassen des Erlebens. Eigene Darstellung.

Assessmentinstrument	Studie(n)
„Antepartum Bedrest Emotional Impact Inventory (ABEII)“	- Bauer et al. (2010)
„Antepartum Hospital Stressors Inventory (AHSI)“	- Arslan & Nilüfer (2005) - Maloni et al. (1993)
„Antepartum/Postpartum Symptoms Checklist (APSC)“	- Maloni et al. (1993) - Maloni & Park (2005)
„Abbreviated Scale Of The Assessment Of Psychosocial Status In Pregnancy (ASAPSP)“	- Dunn et al. (2007)
„Center For Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)“	- Maloni et al. (2005)
„General Sleep Disturbance Scale (GSDS)“	- Gallo & Lee (2008)
„Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL-R)“	- Maloni et al. (1993) - Maloni et al. (2005) - Maloni et al. (2002)
„Profile Of Mood States (POMS)“	- Maloni et al. (2005)
„State-Trait Anxiety Inventory (STAI)“	- Yang et al. (2009)
„Spiritual Well-Being Scale (SWBS)“	- Dunn et al. (2007)

Anhang F: Die am häufigsten diskutierten Themen der Schwangeren in der Selbsthilfegruppe von Maloni & Kutil (2000). Aus „Antepartum support group for women hospitalized on bed rest“ von Maloni & Kutil, 2000, *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 25 (4), S. 206. Modifiziert inkl. Kürzung.

Kategorien und Unterkategorien des Erlebens	Anzahl der Antworten	Antworten in %
Sorge bzgl. Familie	45	16,0
Kindererziehung	19	6,8
Partnerbeziehung	12	4,3
Finanzielle Situation	3	1,1
Haushaltstätigkeiten	1	0,3
Negative Emotionen	38	13,5
Einsamkeit	7	2,5
Angst	7	2,5
Trauer	4	1,4
Ambivalente Gefühle	3	1,1
Sorge	2	0,7
Beziehung zu Pflegenden	36	12,8
Psychosoziale Verluste aufgrund von Bettruhe	23	8,2
Isolation	7	2,5
Selbstwahrnehmung	6	2,1
Soziale Rollen	4	1,4
Kontrolle	4	1,4
Gewohnte Umgebung	2	0,7
Fetales/mütterliches Wohlergehen	21	7,5

Anhang G: Erleben des Mannes. Aus „Fathers’ experience of their partners’ antepartum bed rest“ von Maloni & Ponder, 1997, *Journal of Nursing Scholarship* 29 (2), S. 185. Modifiziert inkl. Kürzung.

Kategorien und Unterkategorien	Anzahl der Antworten	Antworten in %
Was war am schwierigsten?¹⁶		
Korrespondierende Pflichten	27	44
Fürsorge für die Partnerin	13	21
Verantwortung für Familie	3	5
Keine sexuelle Interaktivität	2	3
Was war die größte Sorge?¹⁷		
Sorge bzgl. fetalen/mütterlichen Wohlergehens	46	66
Eigene emotionale Gesundheit	9	13
Finanzielle Situation	4	6
Gab es im zeitlichen Verlauf eine Veränderung der Sorge?¹⁸		
Keine Veränderung	25	49
Ja, Abnahme	11	22
Ja, Zunahme	6	12
Mit wem wurde über die Sorge gesprochen?¹⁹		
Niemandem	14	19
Freunden	22	29
Partnerin	13	17
Was hat das Erleben einfacher gemacht?²⁰		
Konkrete Hilfe	37	51
Emotionale Unterstützung	13	18

¹⁶ Insgesamt 62 Antworten von 51 Männern.

¹⁷ Insgesamt 70 Antworten von 53 Männern.

¹⁸ Insgesamt 51 Antworten von 51 Männern.

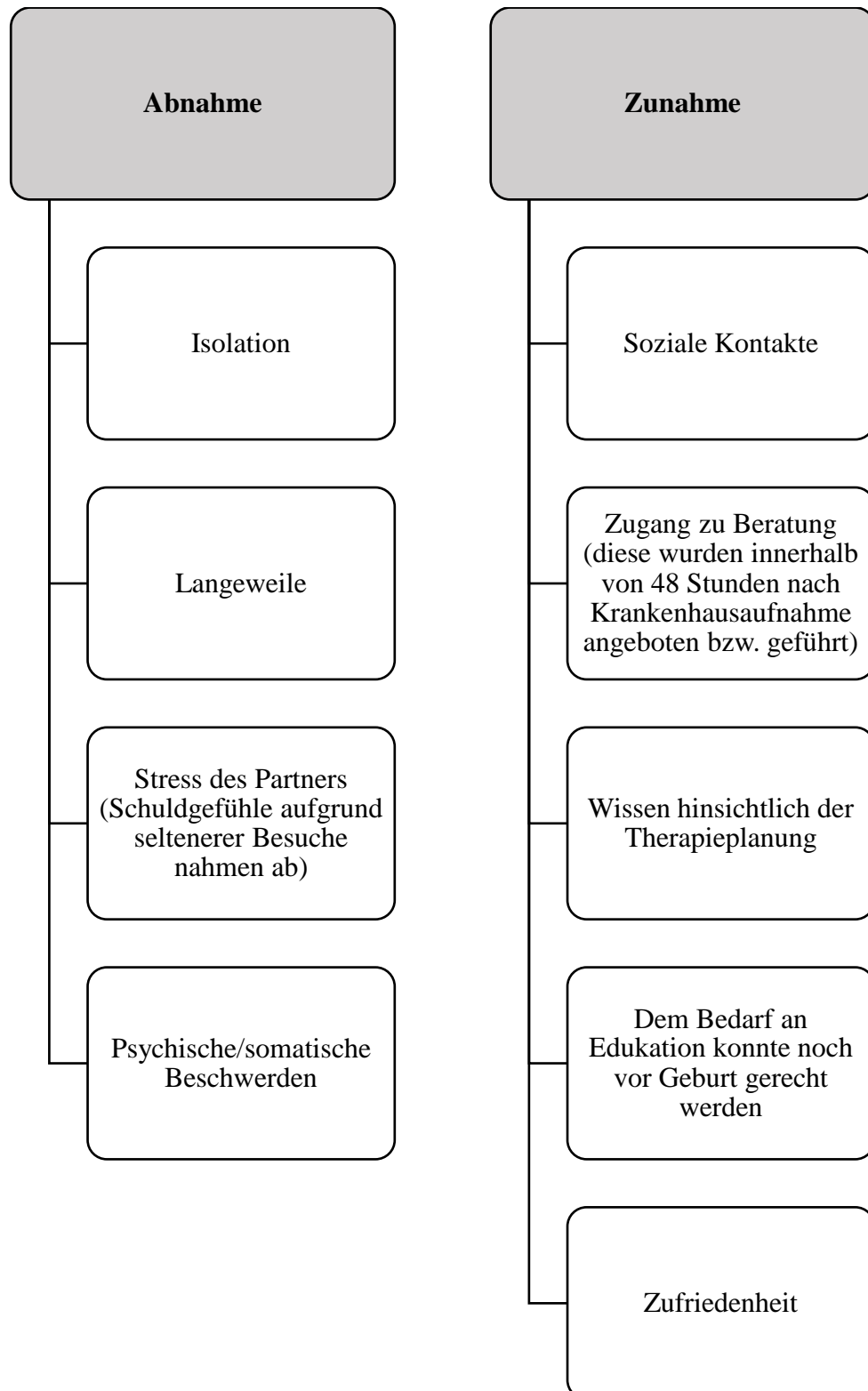
¹⁹ Insgesamt 75 Antworten von 54 Männern.

²⁰ Insgesamt 73 Antworten von 53 Männern.

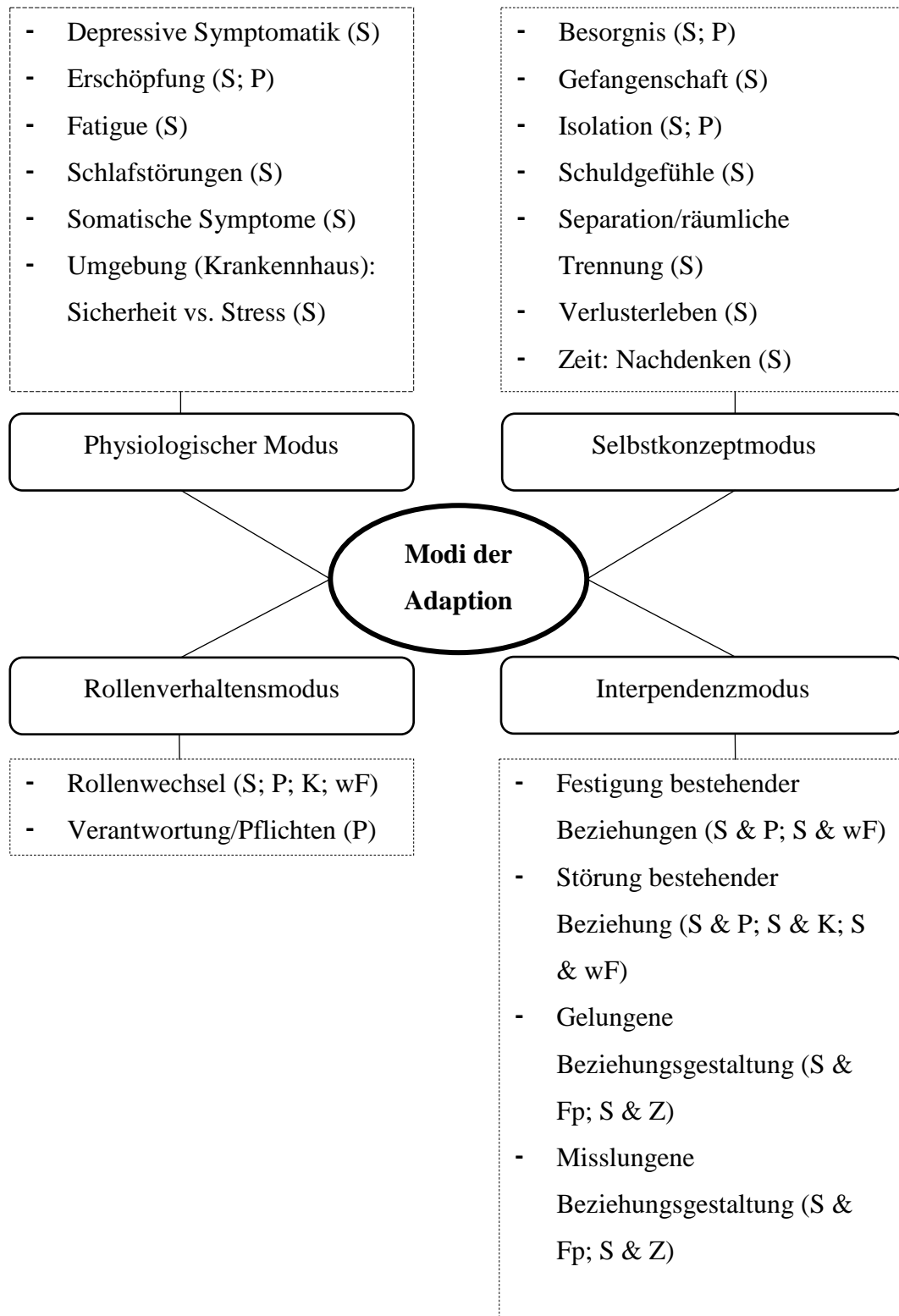
Anhang H: Ausgang der Schwangerschaft unter Betrachtung der Form der Bettruhe und der (Nicht-)Einhaltung von Bettruhe (Durchschnittswerte). Aus „Bedrest compliance for women with pregnancy problems“ von Josten, Savik, Mullett, Campbell & Vincent, 1995, *Birth* 22 (1), S. 8. Modifiziert inkl. Kürzung.

Art der Bettruhe	Befolgung	Nichtbefolgung
Partielle Bettruhe (n = 150)		
Schwangerschaftswoche	39	38
Geburtsgewicht in Gramm	3.341	3.154
Strikte Bettruhe (n = 158)		
Schwangerschaftswoche	37	38
Geburtsgewicht in Gramm	3.044	3.159

Anhang I: Resultate des Programmes nach Thorman & McLean (2006), das auf Edukation, Unterstützung, Erholung/Freizeitgestaltung und Planung der Krankenhausentlassung abzielte. Aus „While you are waiting: A family-focused antepartum support program“ von Thorman & McLean, 2006, *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 20 (3). Eigene Darstellung.



Anhang J: Zusammenfassung des Erlebens im Kontext der Modi der Adaption des Modelles nach Roy. Abkürzungen: Fachpersonal (Fp), Kinder (K), Partner (P), Schwangere (S), weitere Familienmitglieder (wF), Zimmergenossin (Z). Eigene Darstellung.



Erklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt,
- keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt,
- die wörtlich oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht und
- keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen habe.

Köln, den 13.7.2016

Karina Christina Görgen

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Bewertung meiner Bachelor-Thesis ab einschließlich 1,3 (sehr gut) oder besser diese in der Bibliothek der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW) eingestellt werden kann.

Köln, den 13.7.2016

Karina Christina Görgen